

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

**Význam duchovní péče se zaměřením na
zdravotnická zařízení**

The importance of spiritual care in a hospital environment

Vedoucí práce:

Mgr. Pavel Kolář, Th.D., M.T.S

Autor:

Barbora Pekárková

2011

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č.121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Karlova má právo na uzavření licenční smlouvy o využití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jiného subjektu, je Univerzita Karlova oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Praze dne 10. 3. 2011

Barbora Pekárková

Poděkování

Děkuji touto cestou panu Mgr. Pavlu Kolářovi, Th.D., M.T.S. za odborné vedení a cenné rady při zpracovávání mé bakalářské práce. Děkuji také za jeho příjemný přístup a ochotu, se kterou mi vždy vycházel vstříc. Poděkování patří také všem dotázaným za pomoc se získáváním údajů pro výzkumnou část bakalářské práce.

Anotace

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. Je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmu zdraví a nemoc, popsání pěti fází vyrovnání se s nemocí a smrtí, charakteristiku duchovní péče u nás i ve světě a charakteristiku zdravotního zařízení hospic (konkrétně Hospic Sv. Štěpána v Litoměřicích). V teoretické části jsou také popsány potřeby pacientů.

Výzkumná část zkoumá vztah těžce nemocných pacientů k Bohu a k duchovní péči, míru využívanosti duchovní péče v hospici a aktuální zájmy těžce nemocných lidí. Dále se výzkumná část zabývá otázkou, zda by vážně nemocní udělali ve svém životě něco jinak. Výzkum je proveden formou dotazníku a strukturovaného rozhovoru.

Annotation

This work is focused on spiritual care in health facilities. It is divided into theoretical and research components. The theoretical part focuses on the definition of health and illness, and also describes the five stages of coping with illness and death. Furthermore it deals with the characteristics of spiritual care at home and abroad, and the characteristics of the hospital environment (Hospice of St. Stephen in particular in Litomerice). In the theoretical part are also described patients' needs.

The research examines the relationship that severely ill patients have with God, along with spiritual peace and the current interests of seriously ill people. Furthermore, the research addresses the question of whether the seriously ill live their lives differently. Research is conducted through a questionnaire and structured interview.

Klíčová slova

Spiritualita, hospic, fáze vyrovnání se s nemocí, zdraví, nemoc

Key Words

Spiritual care, hospice, five stages of coping with illness, Health, illness

Obsah

Úvod	7
Cíle.....	9
I. Teoretická část	10
1 Zdraví a nemoc.....	10
1.1 Vymezení pojmu zdraví	10
1.2 Vymezení pojmu nemoc	10
1.2.1 Klinická stadia nemoci.....	11
1.3 Fáze přijetí nemoci a smrti dle Eliabeth Kübler-Rossově.....	12
1.3.1 Negace, šok, popírání.....	12
1.3.2 Agrese	13
1.3.3 Smlouvání	13
1.3.4 Deprese	14
1.3.5 Smíření.....	14
1.4 Postoj člověka k vlastní smrti	15
1.4.1 Stáří a jeho prožívání	16
1.5 Potřeby pacientů.....	17
1.6 Spiritualita a duchovní péče	18
1.6.1 Dělení duchovních potřeb:.....	19
1.6.2 Historie duchovní péče ve světě	19
1.6.3 Současnost ve světě	20
1.6.4 Duchovní péče v České republice.....	21
1.7 Charakteristika zdravotnického zařízení hospic.....	22
1.7.1 Hlavní myšlenky hospice.....	23
II. Výzkumná část	24
2 Metodika výzkumu	24
2.1 Výzkumný nástroj	24
2.2 Výzkumný vzorek	25
2.3 Analýza dat.....	26
3 Výzkumné otázky.....	27
4 Analýza výsledků	28
4.1 Otázka č. 1 : Byl (a) jste věřící již před začátkem nemoci?	28
4.2 Otázka č. 2 : Využíváte služeb duchovního?	29
4.3 Otázka č. 3 : Pokud využíváte služeb duchovního a nejste náboženského vyznání, jaký to má pro Vás přínos?.....	30
4.4 Otázka č. 4 : Můžete porovnat rozdíly v péči, kdy se o Vás nestaral duchovní a kdy se o Vás staral?	31
4.5 Otázka č. 5 : V čem Vám hovory s duchovním pomáhají?.....	32
4.6 Otázka č. 6 : O čem s duchovním můžete hovořit?.....	33
4.7 Otázka č. 7 : O čem s duchovním nemůžete hovořit?	34
4.8 Otázka č. 8 : Je něco, co Vám na péči duchovního vadí?	35
4.9 Otázka č. 9 : Co Vás nyní zajímá?	36
4.10 Otázka č. 10 : Co je pro Vás aktuálně nejdůležitější?	37
4.11 Otázka č. 11 : Čtete?	38
4.12 Otázka č. 12 : Četl (a) jste i v minulosti?.....	39
4.13 Otázka č. 13 : Četl (a) jste někdy Bibli?	40
4.14 Otázka č. 14 : Co čtete teď?	41
4.15 Otázka č. 15 : Kteří lidé Vám nejvíce pomáhají a nejvíce Vás podporují?	42
4.16 Otázka č. 16 : Líbí se Vám tady? Nebo byste byl raději v nemocnici? Doma?	43

4.17	Otázka č. 17 : Změnil (a) byste ve svém životě něco?	44
4.18	Otázka č. 18 : Bylo Vaše myšlení spíše pozitivní nebo negativní?	45
4.19	Otázka č. 19 : Co myslíte, že by pomohlo lidem, kteří jsou na tom jako Vy?	46
4.20	Otázka č. 20 : Co byste poradili ostatním lidem (zdravým), například mladým?	47
5	Diskuze	49
6	Závěr	51
7	Soupis bibliografických citací	53
8	Seznam příloh	55

Úvod

Již od dávných dob patřila medicína a náboženství k sobě. Byly velice úzce spjaty. Nikdo si nedokázal představit, že by byly rozděleny. To se však stalo. Mezi medicínu a náboženství se vklínila věda a způsobila, že dnes mezi těmito dvěma obory vznikla téměř propast.¹

Spiritualita se snaží tuto propast překlenout a obnovit kdysi velice úzký vztah medicíny a náboženství. Ukazuje, že lidé nejsou jen fyzická těla, potřebující mechanickou péči. Lidé zjistili, že k člověku je nutno přistupovat tzv. bio-psycho-sociálně, což znamená zajistit péči na všech úrovních – tělesné, psychické a sociální, aby mohl člověk spokojeně žít a „fungovat“. Dále bylo zjištěno, že trpí-li člověk psychicky, velmi často se tato nespokojenost projeví ve fyzickém těle jako omezená činnost určité části těla nebo orgánu, selhávání funkcí – nemoc. Stejně tak je tomu i v případě opačném, trpí-li člověk fyzicky, nebo sociálně. V každém případě, není-li člověk spokojen ve všech složkách osobnosti, není zcela a absolutně zdrav.

Spiritualita se snaží pomocí víry člověku snáz překonat a vyrovnat se s nemocemi, ztrátami, traumaty a životními změnami. Naplnit a „uzdravit“ psychickou a duchovní úroveň.

*„S pojmem spirituality bývá spojována myšlenka, že jde o intenzitu prožitku ať už blaženého nebo děsivého. Spirituální prožitek by měl svého nositele ovládnout, měl by ho existenciálně proměňovat, duchovně i psychicky posilovat, měl by ho osvětit novým poznáním, vytrhnout z běžné existence“.*²

Mnoho lidí svědčí o hlubokých zkušenostech přijetí náboženského učení, o posvátné hrůze, spojení s přírodou, radosti. Hovoří o tom, jak usilují o to, aby udělali svůj život smysluplným a zachovávali naději ve chvíli, kdy udeří nemoc. Podporou pro toto úsilí je duchovní péče, protože jejich hledání pravdy směřuje k otázkám jako: „Proč existuji? Žil jsem podle svých představ? Proč jsem nemocný? Zemřu? Co se mnou bude, až zemřu?“ Zdravotnická zařízení, která ignorují tato duchovní „volání o pomoc“ zvětšují své riziko, že se stanou pouze „opravnou“, kde se opravují a nahrazují nefunkční části lidského těla.³

Kennet J. Pargament definuje spiritualitu jako prožitkové jádro náboženství.⁴

¹ Srov. ČERMÁKOVÁ, M, *Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí*. Str. 1

² Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-213-3. Str. 44

³ Srov. ČERMÁKOVÁ, M, *Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí*. Str. 2

⁴ Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. 83

Jak ukazuje zkušenost, spirituální prožitek vede člověka k dobru (nebo ke zlu). Nepochybně výrazně stimuluje etický postoj a jednání.

V psychoterapii stejně jako jinde v klinické péči o pacienty je dobré pracovat s náboženskou vírou a cítěním pacientů jako s důležitým a v dnešní době opomíjeným materiálem⁵

Říčan rozdělil kategorii „věřící lidé“ na duchovní a laiky. Duchovní jsou podle něho ostražitější, co se klinické medicíny týče, laici jsou vstřícnější. Tato konkurence je však způsobena blízkostí obou oborů a trpící člověk je tak často nucen volit mezi duchovním a terapeutem.⁶

Dnešní zdravotnická péče se snaží tento problém překlenout a postavit určitý most, který by dokázal spojit tyto blízké a přesto vzdálené obory dohromady. Jsme teprve v počátcích, ale i přes to jsou již vidět určité pokroky.

Hypotéza

Domnívám se, že duchovní péče je vhodnou formou poskytování pomoci hospitalizovanému pacientovi, neboť respektuje celistvý pohled na lidský život, pomáhá zodpovědět pacientovy existenciální otázky a pomáhá mu lépe se vyrovnat s těžkou životní situací.

Práce je rozdělena do dvou částí a to na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části definuji pojem zdraví a nemoc, seznámím čtenáře s pěti stadii prožívání a vyrovnání se s nemocí. Dále se zaměřím především na charakteristiku duchovní péče a představím hlavní myšlenky a cíle zdravotnického zařízení hospic.

Výzkumná část, neboli empirická, bude zjišťovat, zda pacienti začínají věřit v Boha v těžké životní situaci, zda zůstanou své víře „věrní“, pokud věřili již před začátkem nemoci a zda využívají služeb duchovního. Dále se budu zabývat tím, co je pro pacienty aktuálně nejdůležitější a v kom (resp. v čem) mají největší podporu.

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila dotazník. S některými pacienty jsem vedla strukturovaný rozhovor podle otázek v dotazníku, ostatní pacienti na dotazníky odpovídali sami. Otázky v dotazníku jsou uzavřené i otevřené, pacienti tak měl na výběr z možností ano-ne, případně z více možností. Na některé otázky pacienti odpovídali vlastními slovy.

⁵ Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Str. 299

⁶ Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Str. 302

Cíle

1) V rovině teoretické

V rovině teoretické jsem si stanovila tyto cíle:

- a) zdůraznění významu duchovní péče a její důležitost pro pacienty v těžké životní situaci (hospic).
- b) charakteristika zdravotnického zařízení (hospic), potřeby pacientů.

Zaměřila jsem se především na zdůraznění významu duchovní péče. Tato péče o pacienty je u nás stále ještě v začátcích, proto jsem si dala za úkol zjistit, jak rozvinutá u nás duchovní péče dosud je.

Hospicová péče je v dnešní době již velmi dobře charakterizovatelná a dostala se do povědomí většiny obyvatel České republiky. I přes to chci znovu charakterizovat toto zdravotnické zařízení, zaměřit se na jeho hlavní myšlenky a cíle a ještě více tak přiblížit toto zdravotnické zařízení laické veřejnosti. Zde si pacient může být jist, že se mu dostane jak profesionální zdravotní péče, tak kvalitní péče o jeho duši.

2) V rovině empirické

- a) analyzovat, zda se lidé v těžké životní situaci obrací k víře v Boha
- b) analyzovat, zda pacienti využívají služeb duchovního (je-li k dispozici), o čem s ním mohou hovořit a o čem ne
- c) vyhodnotit, zda se lidé v těžké životní situaci obrací k víře v Boha
- d) vyhodnotit, zda pacienti využívají služeb duchovního
- e) vyhodnotit, zda by těžce nemocní pacienti učinili ve svém životě něco jinak
- f) vyhodnotit, co je pro těžce nemocné pacienty aktuálně důležité.

V této rovině již budu vycházet z výsledků šetření, proto pro mě bude stěžejní, jak na danou tematiku pohlíží sami pacienti. Bude mě zajímat především jejich vlastní názor na služby duchovního, jejich aktuální potřeby a reflexe dosavadního života.

I. Teoretická část

V teoretické části se budu zabývat vymezením pojmu zdraví a nemoci, definicí zdraví jako východisko k chápání lidského života. Dále se zde budu zabývat pojmem nemoc a nemoc jako patologický tělesný stav, existenciální zkušenost ztráty, omezení, bezmoci. Dále je zde uveden průběh nemoci a fáze jejího přijetí, stejně jako fáze vyrovnávání se s těžkou nemocí a život ohrožující situací.

1 Zdraví a nemoc

1.1 Vymezení pojmu zdraví

Dle WHO (1946) je zdraví stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo neduživosti.⁷

„K dosažení stavu úplné fyzické, duševní a sociální pohody musí být jednotlivec nebo skupina lidí schopni stanovit a realizovat své cíle, uspokojit své potřeby, změnit své prostředí nebo se s ním vyrovnat. Zdraví je tedy nahlíženo jako zdroj každodenního života, a nikoli jako životní cíl. Zdraví je pozitivní pojem zdůrazňující sociální a osobní zdroje právě tak jako fyzické schopnosti.“⁸

Tento koncept zdraví zahrnuje všechny roviny lidského života a nemoc i její léčení je třeba v tomto konceptu chápat.

1.2 Vymezení pojmu nemoc

Zdraví je bráno jako stav biologické, psychické a sociální pohody. *„Nemoc tedy můžeme definovat jako diskomfort v jedné, ve dvou nebo ve všech uvedených složkách. V poslední době bývá ještě doplňován aspekt ekologický a spirituální. Je-li člověk nemocen, pak je třeba pečovat vyváženým způsobem o opětovné navození pocitu pohody a to ve všech zmíněných oblastech, které onu pohodu zakládají“.⁹*

„Podle normativní definice zdraví a nemoci je nemocí pouze takový stav, který nemocnému jedinci způsobuje subjektivní potíže (tato definice však z lékařského hlediska

⁷ Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Str 207

⁸ Otawská charta podpory zdraví 1986 – http://www.sos-ub.cz/proj_06/lekce4/hyp11.htm 5.4.2011

⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2.vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471. Str. 25

*nepokrývá všechny nemoci, např. vysoký krevní tlak). Definice je tedy vhodná jen pro rozvinutá stadia nemoci.*¹⁰

1.2.1 Klinická stadia nemoci

Jak jsem uvedla výše, nemoc neboli choroba je patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku i poškozením těchto buněk, tkání a orgánů.¹¹

Projevuje se různými změnami fyziologických nebo mentálních funkcí podle toho, jaká část těla je patologií postižena. Podle toho, jak je již nemoc rozvinutá, můžeme popsat několik stadií nemoci.

První stadium se nazývá latentní, nemoc se nijak neprojevuje, pacient na sobě nepozoruje žádné symptomy (příznaky).

Druhé stadium je stadium prodromální, kdy se již začínají objevovat první příznaky, převážně nejasné.

Třetí, manifestní stadium je stadium, kdy se objevují specifické i nespecifické příznaky (příznačné pro určitý typ nemoci i nejasné).

Dále může nemoc pokračovat rekonvalescencí, zotavením nebo se může vyvíjet několika dalšími způsoby – úplným uzdravením, neúplným uzdravením, přechodem do chronicity nebo může skončit smrtí pacienta.

V mojí práci se zaměřím především na stadia manifestní a na způsoby východiska nemoci neúplným uzdravením, přechodem do chronicity a na život ohrožující nemoc.

Klinická stadia nemoci:

- latentní: nemoc se nijak neprojevuje
- prodromální stadium: objevují se první, nejasné příznaky
- manifestní stadium: jsou přítomné specifické i nespecifické příznaky nemoci
- rekonvalescence
- východisko nemoci:
 - úplné uzdravení
 - neúplné uzdravení
 - přechod do chronicity
 - smrt¹²

¹⁰ www.medic.cz/nemoc 16.2.2011

¹¹ <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/illness> 16.2.2011

1.3 Fáze přijetí nemoci a smrti dle Eliabeth Kübler-Rossově

Elizabeth Kübler Rossová, přední americká lékařka rakouského původu se celý svůj život věnovala práci s umírajícími pacienty. Ve svém nejvýznamnějším díle O smrti a umírání (On death and dying) popsala pět fází, kterými procházejí těžce nemocní lidé od samého počátku, kdy se dozvědí, že jsou těžce nemocní až po fázi „smíření“, která však nemusí nastat u všech nevyléčitelně nemocných pacientů. Fáze se mohou různě prolínat, opakovat i vracet.

Ve všech fázích je důležité nemocnému člověku naslouchat, neodsuzovat ho a být mu nablízku.

Jsou to:

1. Fáze – negace, šok, popírání
2. Fáze – agrese, hněv, vzpoura
3. Fáze – smlouvání, vyjednávání
4. Fáze – deprese, smutek
5. Fáze – smíření, souhlas, přijetí¹³

1.3.1 Negace, šok, popírání

Šok je bezprostřední reakcí na zjištění život ohrožující nemoci. Může se projevat tak, že člověk nechápe, co se s ním děje, je zmatený, není schopen přijímat a třídit informace. Je to prudká reakce, která rychle odeznívá a přechází do fáze popírání.

V této fázi si nemocný vybírá, jaké informace přijme a jaké ne. To, co nezapadá do jeho představ a neslučuje se s jeho nadějemi, neslyší a nepřijímá. Nemocný sám sebe přesvědčuje, že jde o omyl, který se brzy nějak vysvětlí. Nepamatuje si nic, co mu vysvětloval lékař, tvrdí, že s ním lékaři o jeho nemoci nemluvili.

Nemocnému je třeba naslouchat, vše opakovaně a klidně vysvětlovat a s trpělivostí odpovídat na jeho otázky.¹⁴

¹² <http://wapediia.mobi/cs/Onemocn%C4%9Bn%C3%AD> 20.2.2011

¹³ Srov. KÜBLER-ROSS, E. *On death and dying*. New York: Scribner, 2003. ISBN 0-684-83938-5. Str. 35

¹⁴ Srov. KÜBLER-ROSS, E. *On death and dying*. Str. 51-63

1.3.2 Agrese

Nemocný je plný negativních emocí, které jen těžko ovládá. Je plný zmatku a nechápe, proč zrovna on musel onemocnět, objevují se pocity viny. Pacient se snaží přijít na to, co ve svém životě udělal špatně, že za to nyní pyká. Zlobí se na své okolí a přitom si ve skrytu duše uvědomuje, že lidé, na kterých si vylévá svoji zlost, za jeho nemoc nemohou. Cítí se zahanbeně, ale nemůže si pomoci. Příbuzní by měli vědět, že není řešením odpovídat na jeho výpady chápajícím úsměvem ani výčitkami. Právě oni jsou totiž často zatíženi pocitem viny, že se chtěli k těžce nemocnému hezky chovat, ale reagují na jeho agresivní chování svými negativními emocemi.

Rodina by měla vědět, že se jedná o fázi přijímání nemoci, která je přechodná, že to nemocný nedělá naschvál a že je přirozené, když na jeho negaci reagují také negativně.

Umožníme nemocnému mluvit o svých emocích, pokud má zájem. Může mít vztek, strach, pocity nespravedlnosti, úzkosti, bezmoci.

Tyto agresivní a hněvivé výroky na adresu zdravých bychom měli chápat jako jeho touhu žít a jeho zklamání z nastalé situace, která tolik změnila pacientův život a nechápat je osobně.¹⁵

1.3.3 Smlouvání

V této fázi již pacient ví, že je jeho situace dána chorobou. Zamýšlí se nad smyslem života, uvažuje, jak naplnit čas, který mu ještě zbývá, přemýšlí nad tím, co by ještě rád zažil.

Nyní smlouvá o čas. Rád by se dožil například promoce dítěte, narození vnuka, svatby dítěte.

Člověk doprovázející nemocného ve fázi smlouvání má velmi významný úkol a to pomáhat nemocnému vytvářet krátkodobé cíle a každý splněný cíl (byť malý) ocenit.

Pokud se nemocný ptá, jestli se může dočkat nějaké události za určitý časový úsek (za čtyři, pět let), nikdy neříkáme „to sotva“ a podobně. Zeptáme se ho, proč je to pro něho tak důležité a také mluvíme o tom, že to možné je, ale že nikdo z nás nemá jistý ani příští den.¹⁶

¹⁵ Srov. KÜBLER-ROSS, E. *On death and dying*. str 63 - 93

¹⁶ Srov. Tamtéž str. 93-97

1.3.4 Deprese

Zdravotní stav nemocného se zhoršuje, stále více přichází do styku se skutečností, že směřuje ke smrti a že není vyhnutí. Je unavený ztrátou nadějí, zesláblý z bolesti a nepohody těla, psychicky vyčerpaný. Přichází velký smutek ze ztráty zdraví a další budoucnosti.

V této fázi je vhodné užívání antidepresiv, ale nejlepší je přítomnost blízkého člověka, nebo jen člověka, který nemocnému naslouchá, je s ním a provází jej složitým a těžkým obdobím na konci života. Pro nemocného je důležité, aby měl s kým hovořit o svých pocitech, strachu ze smrti a o všem, o čem si potřebuje promluvit. Pokud se mu dostane podpory a pochopení, může fáze deprese brzy skončit.¹⁷

1.3.5 Smíření

Fáze smíření je fází poslední. Nemocný přijímá pravdu a akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, v níž se ocitl. Snaží se o co nejkvalitnější způsob života v rámci možností. Do tohoto stavu vnitřního klidu, míru a vyrovnanosti se nemusí dostat každý. U nemocného (umírajícího) může dojít také k rezignaci a beznaději.

V této fázi je důležité podporovat naději nemocného, projevovat účast a být mu na blízku.¹⁸

V této kapitole jsem popsala pět stadií vyrovnávání se s těžkou nemocí. Fáze nemusí následovat v přesném pořadí po sobě, mohou se vracet, prolínat se navzájem, některé fáze mohou chybět, jiné se opakují. Vždy záleží na osobnosti a povaze každého jedince, jak se bude s těžkou životní situací vyrovnávat.

Není také pravidlem, aby pacient prošel všemi stadii, stejně jako nemusí každý pacient dojít až do fáze smíření.

Stejně jako pacienti, procházejí těmito fázemi i jejich příbuzní. Zde je nejdůležitější, aby rodina „nebrzdila“ nemocného při přechodu do další fáze. Rodina může být například stále ve fázi popírání, ale pacient už je se svým osudem smířen. Je důležité snažit se rodinu dovést do stejné fáze jako je nemocný co nejdříve, aby mu mohla být lepší oporou, především psychickou a mohli si užít vzájemné blízkosti, dokud je to možné. Těmito fázemi může být určitým způsobem ovlivněn i můj výzkum, podle toho, v jaké fázi prožívání nemoci se budou pacienti nacházet.

¹⁷ Srov. KÜBLER-ROSS, E. *On death and dying*. Str. 97 - 123

¹⁸ Srov. Tamtéž str. 123 - 145

1.4 Postoj človeka k vlastní smrti

„Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života.“¹⁹

Lidé si vždy dobře uvědomovali svoji smrtelnost.

V dávných dobách, kdy byla vysoká úmrtnost dětí i dospělých kvůli moru, jiným epidemiím, špatné výživě a podobně, nebylo běžné, aby se lidé dožívali vysokého věku. V této době bylo samozřejmější zemřít než žít²⁰. Lidé umírali doma, obklopeni rodinou. Každý ze zúčastněných věděl, jak se má chovat, neboť se již přímo setkal se smrtí ve své rodině, nebo pomáhal dalším lidem, jejichž čas právě vypršel. *„Lidé tedy věděli, jak se mají k umírajícímu chovat a dokonce i sám umírající věděl, co se od něho očekává.“*

Smrt byla běžnou součástí života a byla viditelná.²¹ V minulosti se lidé také báli smrti, jen se jí báli jinak než dnešní společnost. Dříve lidé prostě odcházeli z tohoto „slzavého údolí“ s přesvědčením, že je už nic horšího nemůže potkat.“²²

Je zde také na místě zmínit pojem „citová investice“. Dříve lidé vzhledem k vysoké kojenecké úmrtnosti nekládali do svých dětí tolik citů jako lidé dnešní, neboť předpokládali, že některé jejich dítě může zemřít a proto se jim snáze vyrovnávalo se smrtí svých dětí a se skutečností „Co Bůh dal, bůh vzal“.²³

V dnešní době lidé nejsou připraveni na vlastní smrt tak dobře, jako tomu bylo v dřívějších dobách. Tuto drsnou, avšak velmi poučnou zkušenost s umíráním doma dnes již téměř nikdo nezažívá. Lidé jsou odváženi do nemocnic, aby umírali za „bílými plentami“ a nikdo je neviděl v této konečné fázi života. Pojem bílá plenta vznikl za dob, kdy umírajícím pacientům nebyla věnována taková péče jako dnes a jejich soukromí při umírání bylo zajišťováno bílými plentami kolem postele, která se nacházela v pokoji mezi ostatními pacienty. Tato plenta měla nemocnému zajistit klid a ostatní spolupacienty ušetřit pohledu na umírajícího.²⁴

V dnešní době je však situace zcela jiná. Již nedochází k převážení umírajících pacientů na zvláštní samostatný pokoj, protože dnešní medicína začala vítězit. Vítězí nad nemocemi a často i nad přirozenou smrtí, kterou prostě nenechá přijít a „odsune“ ji na později.

¹⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Str. 23

²⁰ Srov. Tamtéž. str. 23

²¹ Srov. Tamtéž, str. 24

²² Srov. Tamtéž, str. 24

²³ Srov. Tamtéž, str. 24

²⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Str. 30

Proto dochází k „tabuizaci smrti“ a vytěšňování smrti z našich životů jako by neexistovala. Každý dospělý člověk přitom ví, že musí zemřít. Dnešní lidé však počítají s tím, že neumřou dokud „nepřijde jejich čas“ a tento posun má zajistit medicína. Laická veřejnost a často i sami lékaři berou smrt pacienta jako prohru a osobní selhání nebo jako selhání techniky. Dnešní společnost je zaměřená na výkon a produktivitu.

Tematiku stárí, umírání a smrti mnozí lidé odmítají jako by se jich vůbec netýkala. Podle moderního člověka je samozřejmé žít dlouho, úspěšně a šťastně.²⁵ Smrt je přitom přirozeným a nevyhnutelným okamžikem a vlastně i jedinou jistotou, kterou v životě máme. Je proto dobré být na ní připraven, mluvit o ní a nevytěšňovat ji. Dle Haškovcové bychom před smrtí ani neměli strkat hlavu do písku, neboť tato technika je sice účinná, ale pravidelně selhává v okamžiku, kdy smrt udeří v našem okolí. Když umírá někdo z rodiny, je nutné tuto skutečnost zvládnout a být na ní připraven. Smrt totiž patří do života stejně jako zrození.²⁶

1.4.1 Stárí a jeho prožívání

Vzhledem k tomu, že většina těžce nemocných pacientů je starších (i když samozřejmě najdeme i plno mladých, těžce nemocných lidí), jeví se mi jako vhodné krátce charakterizovat stárí a jeho prožívání. Značně záleží na povaze každého jedince a na jeho celoživotnímu přístupu k životu. Troufám si tvrdit, že pokud byl člověk celý život optimista, bude pravděpodobně lépe snášet těžkou životní situaci než celoživotní pesimista.

V této kapitole se krátce zaměřím na vymezení kategorií stárí podle věku i podle způsobu prožívání stárí. Tyto fáze se mohou navzájem různě prolínat.

Málokdo se dokáže vyrovnat se stářím a se změnami, které přináší tak, aby byla zachována vysoká kvalita života a aby stárí přineslo co největší duchovní prospěch.

Stárnutí je dlouhodobý proces, který se začíná projevovat již kolem 45 roku života. Přírodní vědy zdůrazňují, že člověk vlastně stárne od okamžiku svého početí.²⁷

Věkové období 45 až 59 let je označováno jako věk střední, období mezi 60 až 74 roky jako rané stárí (vyšší věk), věk 75 až 89 let jako vlastní stárí (senium, vysoký věk) a věk 90 let a více je pojmenován jako dlouhověkost, přičemž mnohdy existují velké rozdíly mezi chronologickým a biologickým věkem.

²⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Str.31

²⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Str.23

²⁷ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3. Str. 156

Někteří gerontologové mluví o třech kategoriích stáří:

1. Úspěšné stáří (asi 23% populace) - Lidé z této skupiny tvoří elitu mezi starými lidmi. Jsou velmi aktivní, vitální, čilí, zvědaví, otevření novým věcem a dokážou stále experimentovat.
2. Neúspěšné stáří (jen asi 10% populace) - Lidé patřící do této skupiny jsou smutní, zmatení, nudí se a neumí se během dne zaměstnat. Mají často špatnou náladu, zlobí se a stále si stěžují.
3. Očekávané stáří (až 65% populace) - Stáří a smrt představuje pro tuto skupinu lidí přirozené vyústění, na které je třeba pasivně čekat. Spokojují se s všedním, jednotvárným životem, nevyhledávají nové zkušenosti a nejsou aktivní, odevzdaně očekávají konec.²⁸

Zařazení starých lidí do těchto kategorií nemusí vždy odpovídat situaci konkrétního jednotlivce, neboť každý je jiný a prožívá jiné situace. Tyto kategorie se mohou také navzájem prolínat.

1.5 Potřeby pacientů

Nejnámější teorie potřeb tzv. Maslowova pyramida (viz příloha B) potřeb rozděljuje potřeby do osmi skupin. První tři skupiny jsou tzv. potřeby nižší, neboli potřeby deficitu, ostatní skupiny jsou potřeby vyšší, potřeby bytí. Podrobněji je můžeme popsat takto:

1. Potřeby fyziologické – vzduch, voda, potrava, teplo, sexuální potřeby, spánek, homeostaze, vylučování.
2. Potřeby jistoty a bezpečí – rodina, zdraví, ochrana, úkryt, klid, stabilita, materiální a finanční zabezpečení
3. Potřeba sounáležitosti - láska, přátelství, potřeba někam patřit, být zapojen
4. Potřeby úcty - respekt, sebeúcta, úspěch, prestiž, zodpovědnost, nezávislost
5. Potřeba poznání – potřeba znát, rozumět, dozvídat se nové věci
6. Potřeba estetiky- potřeba krásy a harmonie

²⁸ Srov. SIMAJCHL, L. *Stáří*. 2. vyd. Vranov nad Dyjí: A.M.I.M.S. 2004. Str 48

7. Potřeba seberealizace – rozvíjení svých dovedností a schopností, smysluplnost svých cílů
8. Potřeba transcendence – spirituální potřeba, kosmická identifikace²⁹

Dále můžeme potřeby dělit na potřeby biologické, psychické, sociální a duchovní.

1. Biologické potřeby – výživa, dýchání, vyprazdňování, spánek a odpočinek, bezpečí, aktivita, pohyb, ochrana před bolestí.
2. Psychické potřeby – sebeúcta, láska, respekt, jistota,
3. Sociální potřeby – přátelství, komunikace, emoční kontakt,
4. Duchovní potřeby – smysl života a smrti, utrpení, vztah k Bohu, náboženské tradice, náboženská svoboda, praktikování náboženských zvyklostí, přijímání svátostí.³⁰

Potřeby pacientů se mění s ohledem na aktuální zdravotní stav, na povahu člověka, momentální náladu. Záleží na povaze každého člověka, které potřeby bude upřednostňovat před ostatními. V zásadě platí, že bez uspokojených biologických a základních potřeb není možné uspokojovat potřeby vyšší.

Ve své práci se zabývám těžce nemocnými pacienty, o jejichž biologické potřeby je profesionálně postaráno ve zdravotnickém zařízení, proto mě budou zajímat převážně ostatní potřeby se zaměřením na sociální a duchovní potřeby.

1.6 Spiritualita a duchovní péče

Kennet J. Pargament definuje spiritualitu jako prožitkové jádro náboženství.³¹

Vážné onemocnění může měnit nebo upravovat hierarchii potřeb. V období přibližování se smrti je pro pacienta uspokojení duchovních potřeb stejně důležité jako uspokojení potřeb ostatních. Důležitým předpokladem pro uspokojení duchovních potřeb je tzv. multidisciplinární přístup, který je založen na spolupráci všech členů týmu (lékaři, sestry, psychologové, duchovní, odborníci).

Duchovní péče by neměla být chápána jako poskytování služeb pouze věřícím pacientům, ale jako duchovní péči všem pacientům i bez náboženského vyznání. Uspokojování spirituálních potřeb je důležité ke zmírnění existenční úzkosti.³²

²⁹ Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Str 232

³⁰ Srov. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. A kol. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 80-8063-270-7

³¹ Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Str 83

1.6.1 Dělení duchovních potřeb:

1. Potřeby související s vědomím sebe sama – potřeba smyslu života, cílů, naděje, potřeba odpuštění, potřeba připravit se na smíření se smrtí, vyrovnání se s vlastní konečností.
2. Potřeby související s ostatními lidmi – potřeba odpustit ostatním, být respektovaný, uznávaný.
3. Potřeby související s absolutnem – potřeba víry v Boha, vyšší moc, boží odpuštění, víra v boží lásku, jistota.

Pro pacienty s těžkou nebo nevy léčitelnou nemocí je uspokojování spirituálních potřeb velmi významné a důležité, neboť tito pacienti si s plným dopadem uvědomují svoji konečnost.³³

1.6.2 Historie duchovní péče ve světě

„Prvním nemocničním kaplanem se stal Anton T. Boisen v polovině 20. let 20. století, díky rozhodnutí Dr. Williama A. Bryana, správce Worcester State Hospital v USA. Díky jeho odvážnému rozhodnutí se zrodila nová forma teologického vzdělání – Clinical Pastoral Education (klinické pastorační vzdělání).

V letech 1920-1922 byl Anton Boisen hospitalizován pro psychotické poruchy. Během hospitalizace si uvědomil, že mezi vírou a náboženstvím je mezera, kterou je nutno překlenout. Věřil, že některé typy schizofrenie mohou být chápány jako snaha o řešení duchovních problémů.

V roce 1925 strávil s prvními čtyřmi studenty léto v nemocnici, kde studenti sloužili na oddělení, chodili na vizity personálu a účastnili se seminářů s kaplanem Boisenem. Zájem studentů teologie o tento způsob vzdělávání se každým rokem zvyšoval.

*Roku 1930 byla přijata ústava, pravidla a ustanovující listina „Rady pro klinické vzdělávání teologických studentů“ a v roce 1967 se sloučily čtyři skupiny do asociace pro klinické pastorační vzdělávání. Od roku 1969 má tato organizace akreditaci federální vlády“.*³⁴

³² Srov. časopis Florence 3/2011

³³ Srov. tamtéž

³⁴ Srov. ČERMÁKOVÁ, M, *Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí. Str. 2*

1.6.3 Současnost ve světě

Ve Spojených Státech Amerických a Kanadě jsou studenti teologie vedeni k tomu, aby reflektovali svůj život z teologického pohledu. Na základě této reflexe jsou schopni objevit své silné a slabé stránky, což jim dále umožní lépe vykonávat svoji profesi.

Student se během studia zabývá pastorační prací s pacientem i jeho rodinou, absolvuje přednášky a semináře se zkušenými lékaři a církevními představiteli, setkává se s kolegy z důvodu upevnění mezilidských vztahů a dovedností, spolupracuje se zdravotnickým týmem a odborníky, zapojuje se do zdravotnického týmu, účastní se individuální supervize.³⁵

1.6.3.1 Oblasti uplatnění duchovní péče ve zdravotnických zařízeních

- hospic
- paliativní medicína
- akutní péče
- dlouhodobá péče
- léčba toxikomanie a narkomanie
- ambulantní péče
- mentální retardace
- rehabilitace.³⁶

1.6.3.2 Poskytovatelé duchovní péče ve světě

„Základní duchovní péči může poskytovat mnoho lidí, od dobrovolníků, přes duchovní komunity až po nemocniční kaplany.

Duchovní péče je poskytována pacientovi, jeho rodině, přátelům i zaměstnancům zdravotnického zařízení.“³⁷

Nemocniční kaplani jsou specializovaně vzdělaní k pomoci pacientům jak bojovat s nemocí. Své služby nabízejí všem pacientům bez rozdílu vyznání. Zachovávají tajemství, jímž jsou vázáni, jsou profesionálně odpovědní své náboženské skupině a jsou citliví k multikulturním a mnohonáboženským skutečnostem. Kaplani rozumí vlivu nemoci na pacienta i na ty, kdo o něho pečují, chápou systém zdravotní péče, respektují pacientovu duchovní a náboženskou orientaci.³⁸

³⁵ Srov. ČERMÁKOVÁ, M, *Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí*. Str. 2

³⁶ Srov. ČERMÁKOVÁ, M, *Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí*. Str. 5

³⁷ Srov. ČERMÁKOVÁ, M, *Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí*. Str. 2

1.6.4 Duchovní péče v České republice

Z předchozích kapitol je znát, že ve světě je duchovní péče běžným jevem. U nás je však tento druh péče zatím v začátcích i přes to, že duchovní péče má v nemocnici své místo a kaplani mají důležitou funkci v průběhu celé hospitalizace pacienta. Především těžce nemocní a umírající pacienti řeší vážné existenční otázky a právě s nimi jim je kaplan schopen nejlépe pomoci. „Podle Kodexu kanonického práva katolické církve je kaplan kněz, kterému je *natrvalo alespoň z části svěřena pastorační péče o některé společenství nebo zvláštní skupinu křesťanů.*“³⁹

*V srpnu roku 2006 byla mezi katolickou Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví uzavřena „Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví“. Podle této dohody budou křesťané lidem v těžkých životních situacích věnovat péči bez ohledu na jejich vyznání.*⁴⁰

Vzdělávání kaplanů v České republice není zdaleka tak systematické a tak rozšířené jako například v USA. Každoročně probíhají pouze ekumenická formačně vzdělávací setkání některých pastoračních pracovníků ve zdravotnictví. Také proběhl pilotní kurz „*nemocniční kaplan*“ na Evangelické teologické fakultě UK, který však nemá pokračování.

Nemocniční kaplan by měl být členem týmu ve zdravotnickém zařízení. Pacienti i personál jsou pak zvyklí na jeho přítomnost a není jen „nějakým člověkem“, který přichází pouze, je-li pacientem žádán. Díky tomu také nemají pacienti pocit, že k nim kaplan přišel proto, že se blíží konec jejich života. S nemocí samotnou i v průběhu hospitalizace je spojena celá řada situací, v nichž pacient řeší existenciální otázky, proto je velmi vhodné, pracuje-li kaplan s pacientem průběžně.

Důležitou roli hraje kaplan i jako prostředník mezi zdravotníky, pacienty a jejich rodinami. Kaplan je ovšem vázán mlčenlivostí, a pokud hovoří s personálem o pacientovi, smí hovořit pouze v obecné rovině.

Kaplan neposkytuje svojí péči pouze hospitalizovaným pacientům, ale je k dispozici i zdravotnickému personálu.⁴¹

³⁸ Srov. ČERMÁKOVÁ, M, *Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí*. Str. 5

³⁹ Srov. <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/klinicka-pastoracni-pece-v-ceske-republice-430932> , 13. 3. 2011

⁴⁰ Srov. <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/klinicka-pastoracni-pece-v-ceske-republice-430932> , 13. 3. 2011

⁴¹ Srov. tamtéž

1.7 Charakteristika zdravotnického zařízení hospic

*„Hospic je specializované zařízení, poskytující paliativní péči. Paliativní péče je péče zaměřená na úlevu od bolesti, v čemž je hlavní rozdíl oproti kurativní lékařské péči, která je zaměřená na léčbu nemoci.“*⁴²

Hospic je určen pro terminálně nemocné pacienty. Znamená to, že než se pacient dostane do hospice, byly vyčerpány všechny možnosti léčby. Pacient by měl být předem informován o svém zdravotním stavu. Hospic nebere člověku naději, zaměřuje se na kvalitu a důstojnost lidského života až do samého konce.⁴³

V hospici se k člověku přistupuje jako k jedinečné a neopakovatelné bytosti.⁴⁴ Je zde kladen důraz na pacientovy potřeby, především na potřeby duchovní, které bývají v nemocnicích často opomíjeny.

Z toho důvodu jsou v hospici ve většině případů přítomni psycholog, sociální pracovník a teolog nebo duchovní. I přes to, že zakladateli hospiců bývají církve nebo řády, jsou do hospice přijímáni lidé (i personál) bez ohledu na vyznání.⁴⁵

„V hospici si může být nemocný člověk jist tím, že:

- *nebude trpět nesnesitelnou bolestí,*
- *bude respektována jeho lidská důstojnost,*
- *nezůstane osamocen v posledních chvílích“.*⁴⁶

V hospici se klade důraz na kvalitu života nemocného až do jeho poslední chvíle. Není opomíjena ani rodina nemocného, která i přes své vlastní utrpení z nemoci pacienta, hraje v péči o něho nezastupitelnou roli. V hospici neztrácí zájem o rodinu ani po smrti nemocného.

*„Hospic respektuje smrt jako přirozenou a nedílnou součást lidského života. Nedává si za cíl odstranit utrpení.“*⁴⁷

⁴² Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. Dopln. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakl. 2008. ISBN 978-80-7195-307-4. Str. 45

⁴³ Srov. Tamtéž. Str. 45

⁴⁴ Srov. Tamtéž. Str. 46

⁴⁵ www.hospiclitomerice.cz 3.3.2011

⁴⁶ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Str. 46

⁴⁷ <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/> - 16.3.11

Pracovníci hospice musí kromě vysoké odbornosti cítit lásku k lidem. Musí být sami vyrovnání se svojí vlastní konečností a smrtelností. Kromě odborného personálu tvoří důležitou součást hospice i dobrovolníci.

Práce v hospici vyžaduje profesionální přístup a týmovou práci, ale především hluboce lidský přístup.

1.7.1 Hlavní myšlenky hospice

- Důraz na zachování lidské důstojnosti.
- Odstranění nebo zmírnění bolesti.
- Kvalita života i v posledních chvílích⁴⁸.

Doprovázející musí být schopen trpělivě naslouchat a být zcela soustředěn na druhého. Ani nevyslovená prosba by neměla být doprovázejícím přeslechnuta. Doprovázející by měl být ochoten v kteroukoli denní i noční dobu vyslechnout nemocného a pokusit se spolu s ním najít odpovědi na jeho otázky.⁴⁹

⁴⁸ <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/> - 16.3.11

⁴⁹ <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/> - 16.3.11

II. Výzkumná část

2 Metodika výzkumu

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda se lidé v období těžké životní situace (vážná nemoc, nevyléčitelné onemocnění) obrací k Bohu, zda využívají služeb duchovního, o čem s ním mohou hovořit. Také mě zajímalo, zda by nevyléčitelně nemocní pacienti učinili ve svém životě něco jinak a co je pro ně aktuálně důležité.

2.1 Výzkumný nástroj

Pro své šetření jsem zvolila metodu dotazníku, podle kterého jsem s některými pacienty vedla strukturovaný rozhovor. (viz. příloha A) Ostatní pacienti dotazník vyplňovali samostatně písemnou formou.

Dotazník byl zcela anonymní. Skládal se z 20 otázek. Patnáct otázek bylo otevřených a polouzavřených a dotazovaní na ně odpovídali buď vlastními slovy, nebo výběrem z několika možností. Pět otázek bylo uzavřených a dotazovaní odpovídali ano – ne. Šest otázek (č. 9, 10, 14, 15, 19 a 20) kumuluje odpovědi – zaznamenávají více než jednu odpověď u každého respondenta.

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila především na zmapování současné situace využívání duchovní péče v hospici v Litoměřicích a ve druhém nejmenovaném zdravotnickém zařízení.

Otázky č. 1,2 sloužily ke zjištění, zda je dotazovaný věřící či ne a zda využívá služeb duchovního, je-li k dispozici. Otázky č. 3 – 8 sloužily ke zjištění, zda pacient využívá služeb duchovního, o čem s ním může hovořit a o čem ne. Otázky č. 9, 10 se zabývají zjišťováním, co je pro těžce nemocného člověka aktuálně nejdůležitější. Zde jsem chtěla zjistit, zda se pacienti v různých stádiích nemoci stále zajímají o aktuální dění nebo zda se již obrací sami k sobě a řeší existenciální otázky. Otázky č. 11 – 14 jsou zaměřeny na četbu obecně a na četbu Bible. Zde odpovídali dotazovaní ano – ne. Otázky 14, 15 kumulují odpovědi – zaznamenávají více než jednu odpověď u každého respondenta. Otázky č. 15, 16 se vztahují k rodině a podpoře ze strany rodinných příslušníků, dále k zdravotnickému zařízení, ve kterém se dotazovaní nacházejí.

Otázky č. 17 – 20 jsou zaměřeny lehce existenciálně. Chtěla jsem zjistit, zda by vážně nemocní ve svém životě něco změnili, zda bylo jejich myšlení spíše pozitivní nebo negativní a zda je něco, co by chtěli poradit zdravým lidem.

2.2 Výzkumný vzorek

Pilotáž jsem prováděla 21. 1. 2011 v nejmenovaném zdravotnickém zařízení po získání souhlasu vrchní sestry. Z důvodu anonymity není uvedeno jméno vybraného zdravotnického zařízení a město, ve kterém výzkum probíhal. Dotazník byl rozdán nahodile deseti pacientům, které jsem seznámila se skutečností, že vyplňování je zcela anonymní a dobrovolné. Po seznámení jsem dotazovaným poskytla dostatek času na vyplnění dotazníku. Poté jsem s každým pacientem zvlášť vedla rozhovor o dotazníku. Chtěla jsem zjistit, zda jsou otázky srozumitelné, zda některé chybí nebo přebývají.

Tři otázky byly, jak jsem zjistila, špatně položené - pacienti je nepochopili tak, jak jsem zamýšlela. Další dvě otázky byly nesrozumitelné, pacienti nevěděli, jak je správně vyplnit. Po konzultaci s respondenty a zpracování výsledků byl dotazník upraven na konečnou podobu.

Konečný dotazník jsem použila 2. 2. 2011 v Hospici Sv. Štěpána v Litoměřicích. Výzkum probíhal po získání souhlasu primářky hospice MUDr. Marie Goldmannové. Paní primářka mě velice vlídně přijala, vysvětlila mi hlavní myšlenky hospice, upozornila na vážný stav pacientů a seznámila mě s MUDr. Kamínkovou, která si mě vzala na starost a celý den mi dělala příjemnou společnost a průvodkyni po hospici. Dozvěděla jsem se také spoustu cenných informací o jejich zdravotnickém zařízení. Poté, co jsem obě lékařky blíže seznámila s dotazníkem a s formou, jakou chci výzkum provádět, jsem dostala povolení navštívit pacienty a popovídat si s nimi. MUDr. Kamínková mě každému pacientovi představila a poté mě s ním nechala o samotě. Strukturovaný rozhovor jsem vedla s pěti pacienty (ostatním pacientům bohužel zdravotní stav nedovoloval, aby odpovídali na mé otázky).

Dotazovaní byli čtyři muži a jedna žena v přibližném věkovém rozmezí 40 – 80 let. Jelikož jsem sama vedla strukturovaný rozhovor podle předem připravených otázek, návratnost byla 100%. Než jsem přistoupila k samotnému dotazování, seznámila jsem pacienty s anonymitou a zdůraznila skutečnost, že neexistuje správná či špatná odpověď. Všichni oslovení respondenti se chtěli výzkumu zúčastnit. Výzkum probíhal bez přítomnosti třetí osoby, aby byla zajištěna anonymita a důvěrné prostředí.

Vzhledem k nízkému počtu vyplněných dotazníků jsem poté provedla druhý výzkum v jiném nejmenovaném zdravotnickém zařízení, abych získala více dat k hodnocení. Výzkum probíhal po získání souhlasu ředitele zdravotnického zařízení. Z důvodu anonymity není uveden název zdravotnického zařízení ani město, ve kterém se zdravotnické zařízení nachází.

Zde jsem dotazník rozdala dalším šestnácti pacientům, vysvětlila jim, o jaký dotazník se jedná, k čemu bude sloužit a upozornila je na anonymitu. Pacienti odpovídali sami, bez přítomnosti třetí osoby. Návratnosti dotazníků byla 100%. Celkový počet dotazovaných osob byl dvacet jedna.

2.3 Analýza dat

V dotazníku byly použity otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. Otázky zaměřené na pocitové a vjemové oblasti byly otevřené, aby pacienti měli větší prostor pro odpovědi. Tyto otázky byly náročnější na vyhodnocení. U některých otázek byly uvedeny možnosti, maximálně však sedm, z důvodu snadnějšího vyhodnocení a usnadnění respondentům odpovídat.

Sedm otázek bylo zcela otevřených a pacienti zde mohli vyjádřit své pocity a zkušenosti. K analýze jsem úmyslně použila tyto tři typy otázek, abych pro příští výzkumy dokázala přesně určit, které typy otázek (uzavřené, polouzavřené, otevřené) pro jaký druh zjištění mám určit. Pro otázky uzavřené a polouzavřené byly použity grafy jednoduchého sloupcového typu, protože vyjadřuje přehledné porovnání získaných dat. Otevřené otázky byly vyhodnoceny stejným způsobem, protože odpovědi respondentů, byť byly otázky otevřené, se mnohdy podobaly nebo téměř či úplně shodovaly. Výsledky dat jsem zpracovala tak, že každá otázka má svoji stranu, kde je rozbor otázky, vyhodnocení, tabulka a graf k příslušné otázce.

Výsledky u jednotlivých otázek jsem vyhodnotila pomocí tabulek a grafů v textovém editoru Microsoft Excel a Microsoft Word, ve kterých jsou uvedeny celkové počty respondentů, kteří vyplnili dotazník (viz příloha A).

3 Výzkumné otázky

1. Obrací se lidé v těžké životní situaci k Bohu? (není zde důležitá předchozí víra)
 - Domnívám se, že lidé v těžké životní situaci se budou zabývat vírou a pokud nevěřili v Boha před začátkem nemoci, je možné, že k víře najdou cestu nyní. Na druhé straně je také možné, že na Boha kvůli těžké nemoci zanevrou.
2. Využívají pacienti služeb duchovního?
 - Myslím se, že pacienti budou využívat služeb duchovního, zvláště, věří-li v Boha. Rovněž věřím, že se výzkumem potvrdí i má další hypotéza a to, že služeb duchovního využívají i lidé bez náboženského vyznání. Hospicová lékařská péče je mimo jiné úzce spojena s možností duchovní péče o pacienty, lze tedy předpokládat, že lidé, kteří se rozhodnou pro „hospicovou lékařskou péči“, budou více či méně vyhledávat duchovní péči a obracet se na duchovní.
3. O čem mohou pacienti s duchovním hovořit? O čem s ním nemohou hovořit?
 - Vzhledem k nestrannosti duchovního se domnívám, že pacienti s duchovním mohou hovořit o všem a že není téměř nic, o čem by s ním nechtěli hovořit.
4. Uvědomují si lidé v těžké životní situaci (nevléčitelná, vážná nemoc), že by ve svém životě vykonali něco jinak?
 - Dle mého názoru těžce nemocní lidé velmi často reflektují svůj dosavadní život a uvědomují si, jak ho prožili, co by chtěli (nechtěli) prožít či udělat jinak, co by nechtěli udělat. Myslím si, že si těžce nemocní lidé uvědomují, zda by chtěli nějakou věc ve svém životě udělat jinak.
5. Co je pro těžce nemocné pacienty aktuálně důležité?
 - Domnívám se, že pro vážně nemocné pacienty je nejdůležitější rodina a jejich aktuální zdravotní stav.

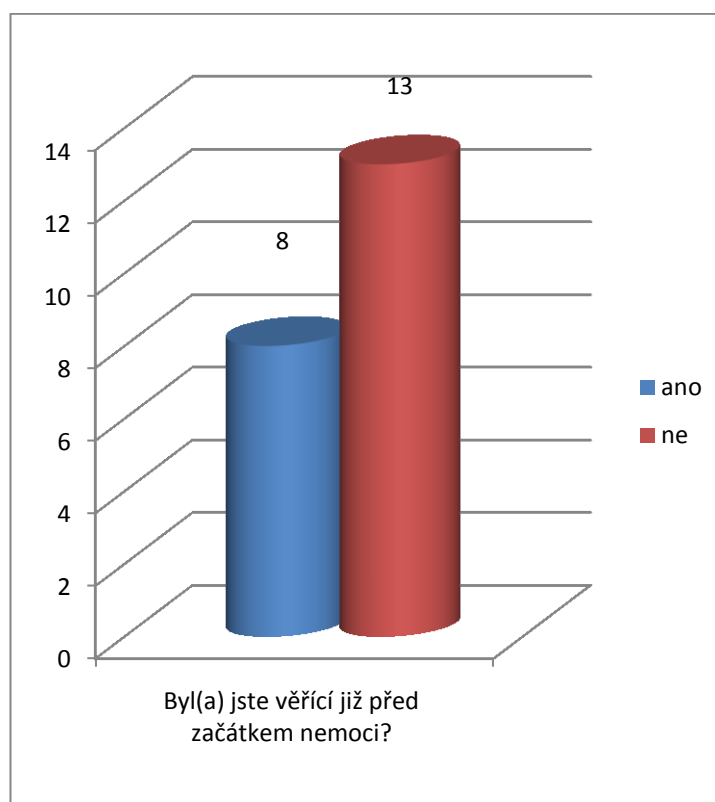
4 Analýza výsledků

4.1 Otázka č. 1 : Byl (a) jste věřící již před začátkem nemoci?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda se dotazovaní uchylují k víře v Boha až v případě, kdy je jim sděleno, že trpí těžkou nebo nevyléčitelnou nemocí, nebo zda věřili v Boha již před začátkem nemoci. Na tuto otázku odpovědělo celkem 21 pacientů. Osm respondentů odpovědělo, že byli věřící již před začátkem nemoci, třináct respondentů odpovědělo, že věřící nebyli.

Tabulka 1

Otázka č. 1	ano	ne
Byl (a) jste věřící již před začátkem nemoci?	8	13



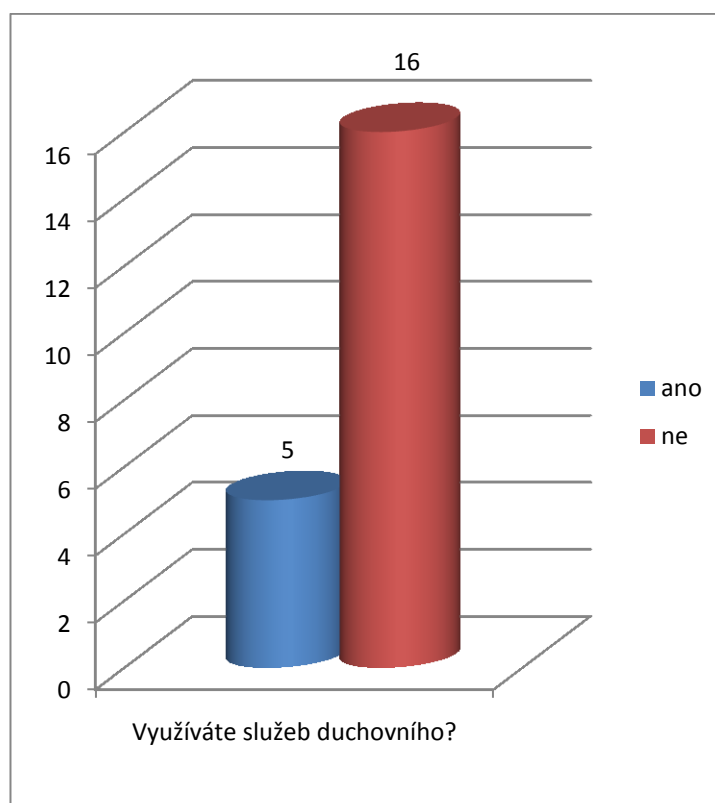
Graf č. 1

4.2 Otázka č. 2 : Využíváte služeb duchovního?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda pacienti (bez rozdílu vyznání) využívají služeb duchovního. Na tuto otázku odpovědělo 21 respondentů. I přes to, že z předchozí otázky vyplynulo, že osm pacientů věřilo v Boha již před začátkem nemoci, jen pět z nich nyní využívá služeb duchovního. Šestnáct pacientů odpovědělo, že služeb duchovního nevyužívají i přes to, že je duchovní ve zdravotnickém zařízení k dispozici.

Tabulka 2

Otázka č. 2	ano	ne
Využíváte služeb duchovního?	5	16



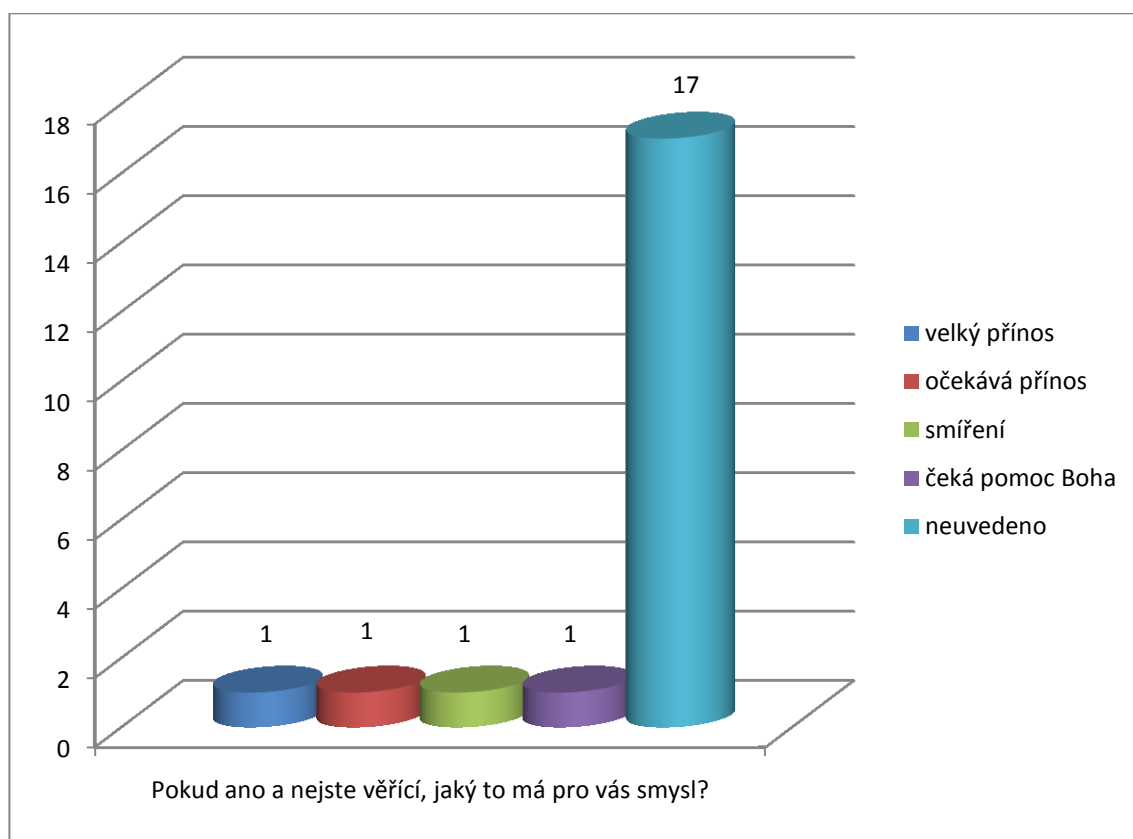
Graf č. 2

4.3 **Otázka č. 3 : Pokud využíváte služeb duchovního a nejste náboženského vyznání, jaký to má pro Vás přínos?**

Otázky č. 3 – 8 jsou zaměřeny na péči duchovního, respektive na to, zda pacienti jeho nabízených služeb využívají, o čem s ním mohou hovořit, v čem jim hovory pomáhají, v čem vidí přínos péče duchovního. Na tuto otázku odpověděli pouze čtyři respondenti, 17 neuvedlo žádnou odpověď. Jeden pacient odpověděl, že duchovní péče má pro něho velký přínos, neboť je věřící již od mládí. Jeden pacient odpověděl, že přínos teprve očekává. Jeden pacient uvedl, že očekává pomoc Boha a jeden pacient odpověděl, že je díky duchovní péči smířený se svou nemocí.

Tabulka 3

Otázka č. 3	velký přínos	očekává přínos	smíření	pomoc Boha	neuvedeno
Přínos duchovní péče	1	1	1	1	17



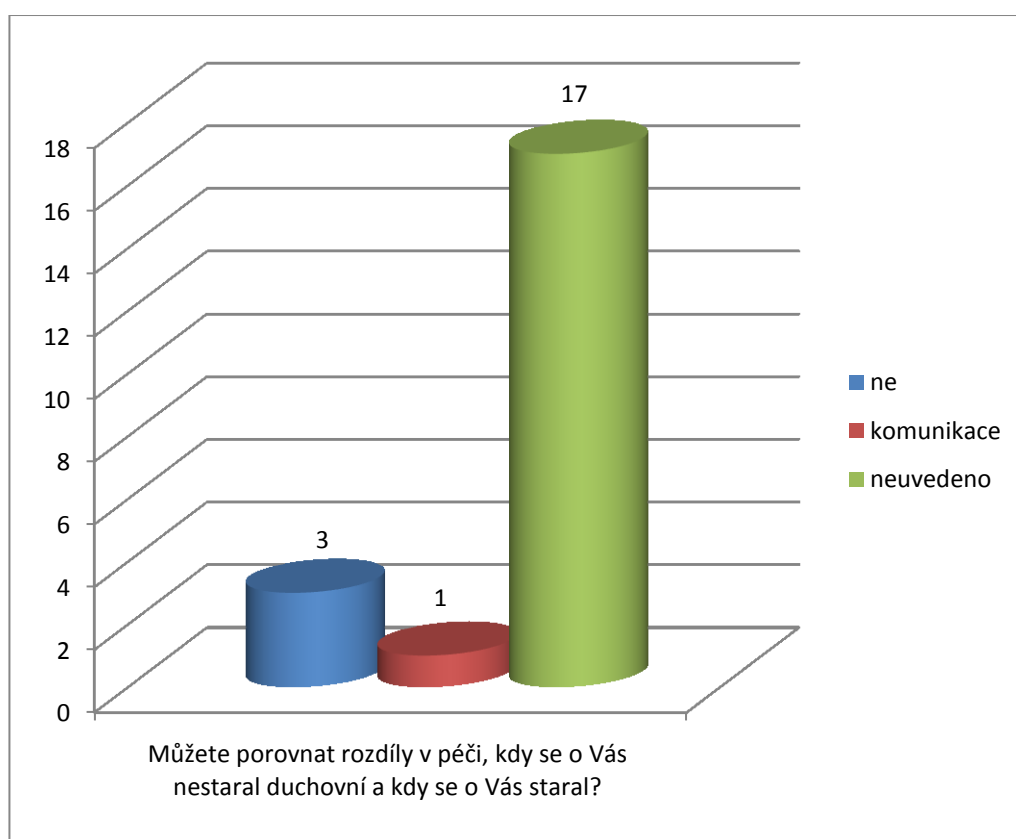
Graf č. 3

4.4 Otázka č. 4 : Můžete porovnat rozdíly v péči, kdy se o Vás nestaral duchovní a kdy se o Vás staral?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda pacienti mají zkušenost i s péčí, ve které nebyl duchovní přítomen a zda jsou si vědomi rozdílů v péči s přítomností duchovního a bez něj. Tři pacienti uvedli, že rozdíl porovnat nemohou, jeden pacient uvedl, že si má s kým popovídat a komu se svěřit, 17 pacientů neuvedlo žádnou odpověď.

Tabulka 4

Otázka č. 4	ne	komunikace	neuvedeno
Rozdíly v péči	3	1	17



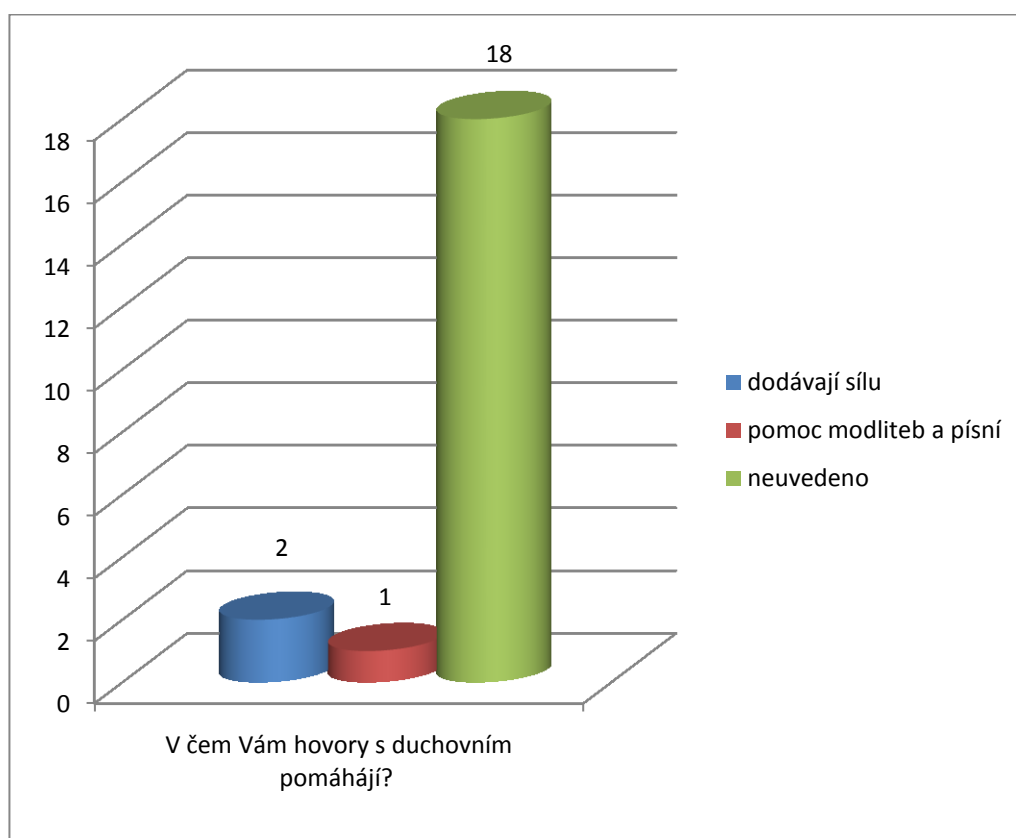
Graf č. 4

4.5 Otázka č. 5 : V čem Vám hovory s duchovním pomáhají?

Tato otázka se snaží zjistit, jaký přínos má pro pacienty přítomnost duchovního a hovory s ním. Zda je něco, o čem mohou hovořit lépe s ním, než s rodinnými příslušníky, nebo zda využívají jeho nabídek na modlitby, kázání. Dva respondenti uvedli, že jim hovory s duchovním dodávají sílu, jednomu pomáhají písně a modlitby, 18 respondentů neuvedlo žádnou odpověď.

Tabulka 5

Otázka č. 5	dodání síly	pomoc modliteb a písní	neuvedeno
V čem spočívá pomoc duchovního?	2	1	18



Graf č. 5

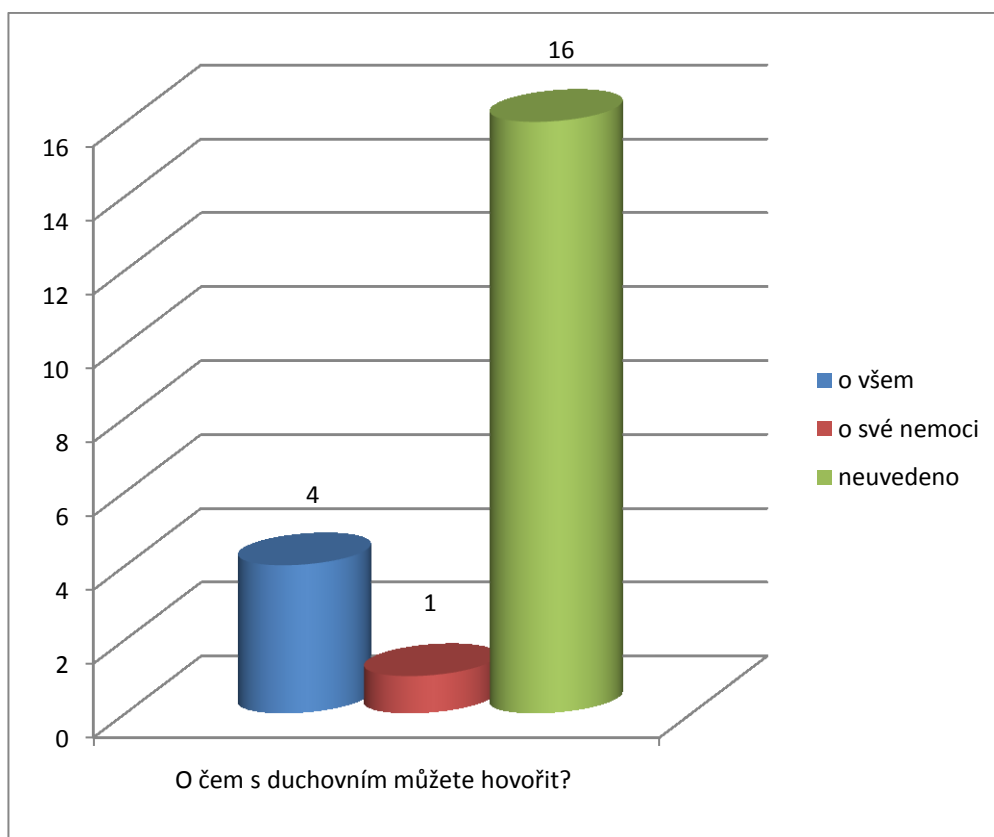
4.6 Otázka č. 6 : O čem s duchovním můžete hovořit?

Tato otázka se zabývá rozhovory nemocných s duchovním, tématy o kterých s ním mohou hovořit, otázkami, které s duchovním pacienti řeší. Na tuto otázku měli pacienti odpovídat vlastními slovy. Na tuto otázku odpovědělo 5 respondentů.

Čtyři z nich uvedli, že mohou s duchovním mluvit o všem, jeden pacient uvedl, že s ním může hovořit o své nemoci, 16 respondentů neuvedlo žádnou odpověď. Může to být z toho důvodu, že pacienti mohou s duchovním hovořit o všem, proto otázku nevyplnili. Pokud by u této otázky byly uvedeny možnosti, je možné, že by dotazník vyplnilo více pacientů.

Tabulka 6

Otázka č. 6	o všem	o své nemoci	neuvedeno
O čem s duchovním můžete hovořit?	4	1	16



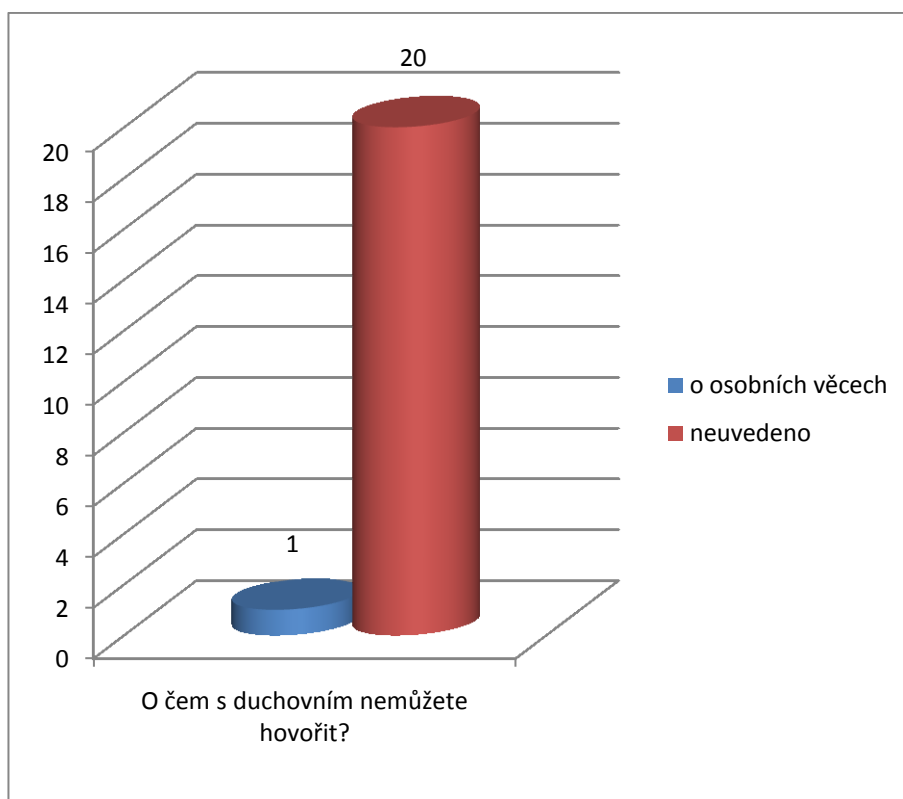
Graf č. 6

4.7 Otázka č. 7 : O čem s duchovním nemůžete hovořit?

V této otázce jsem se zabývala tím, zda je něco, o čem pacient s duchovním hovořit nemůže, nechce, nepotřebuje. Nebo zda je možné s duchovním hovořit o všem, o čem nemocný člověk potřebuje. Na tuto otázku odpověděl pouze jeden pacient. Uvedl, že s duchovním nemůže hovořit o osobních věcech. 20 respondentů odpověď neuvedlo. Můžeme se domnívat, zda respondenti odpověď neuvedli, protože není nic, o čem by nemohli s duchovním hovořit, nebo zda otázku nevyplnili z jiných důvodů. Pokud by u této otázky byly uvedeny možnosti, je možné, že by dotazník vyplnilo více pacientů.

Tabulka 7

Otázka č. 7	o osobních věcech	neuvedeno
O čem s duchovním nemůžete hovořit?	1	20



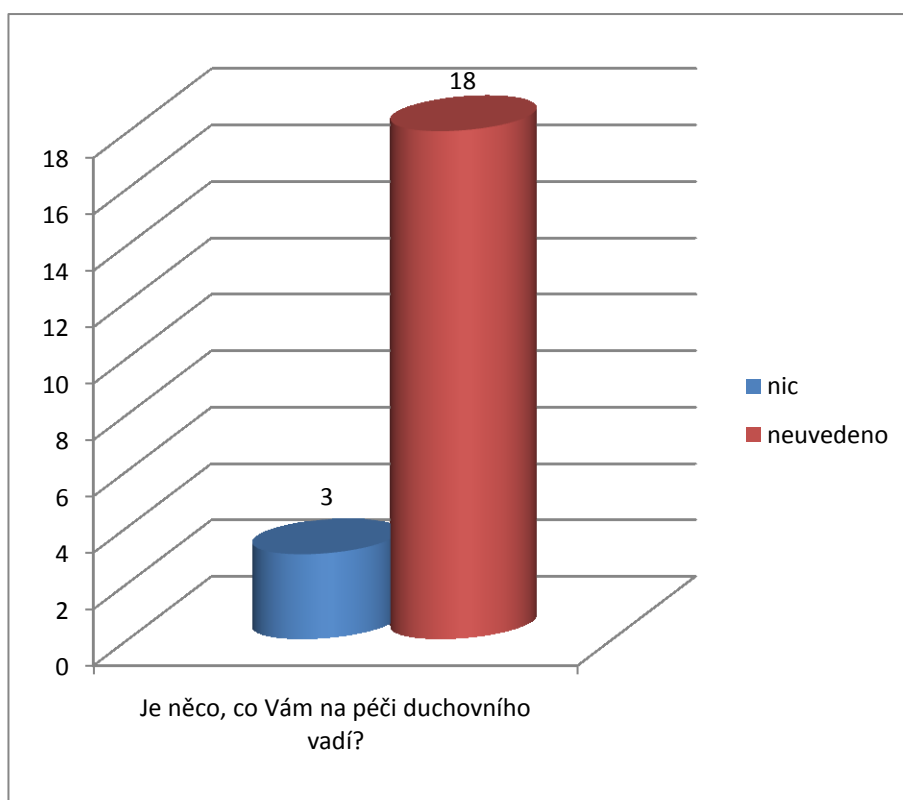
Graf č. 7

4.8 Otázka č. 8 : Je něco, co Vám na péči duchovního vadí?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, zda nemocným na péči duchovního něco vadí, zda jim v jeho péči něco chybí, co se jim nedostává. Na tuto otázku odpověděli pouze tři respondenti, že jim na péči duchovního nic nevadí. Ostatních 18 respondentů na otázku neodpovědělo. Můžeme se domnívat, zda pacienti otázku nevyplnili z důvodu nepřítomnosti nedostatků v péči duchovního, nebo z jiných důvodů.

Tabulka 8

Otázka č. 8	ne	neuvedeno
Vadí Vám na péči duchovního něco?	3	18



Graf č. 8

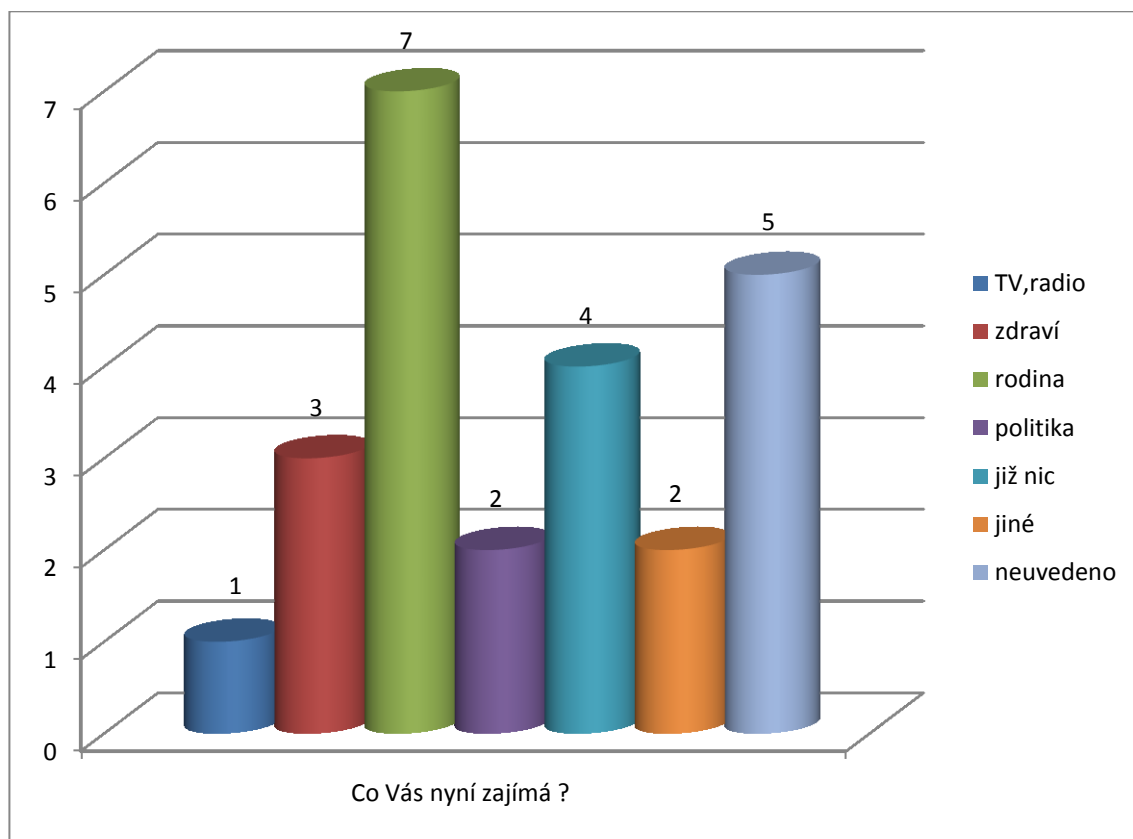
4.9 Otázka č. 9 : Co Vás nyní zajímá?

Otázky č. 9, 10 se zabývají tím, co je pro těžce nemocného člověka aktuálně důležité, co ho zajímá. Zajímalo mě, zda se pacienti v různých fázích nemoci zajímají o aktuální dění v domově i ve světě, nebo zda se již o tyto problémy nezajímají a věnují se pouze sobě, své rodině, přátelům. Pacienti měli na výběr z několika možností.

Jeden pacient uvedl, že ho zajímá televize a rádio, tři pacienty zajímá zdraví sebe i rodiny, pro sedm pacientů je důležitá rodina, dva pacienti se zajímají o politiku, čtyři pacienti uvedli, že je již nic nezajímá. Dva pacienti uvedli možnost „jiné“. Jeden z nich uvedl, že ho zajímá to, že bere hodně léků a nemá na ně dostatek finančních prostředků. Druhý uvedl, že je pro něho důležité, aby nebyl ostatním na obtíž. Pět respondentů otázku nevyplnilo.

Tabulka 9

Otázka č. 9	TV, rádio	zdraví	rodina	politika	již nic	jiné	neuvedeno
zájmy	1	3	7	2	4	2	5



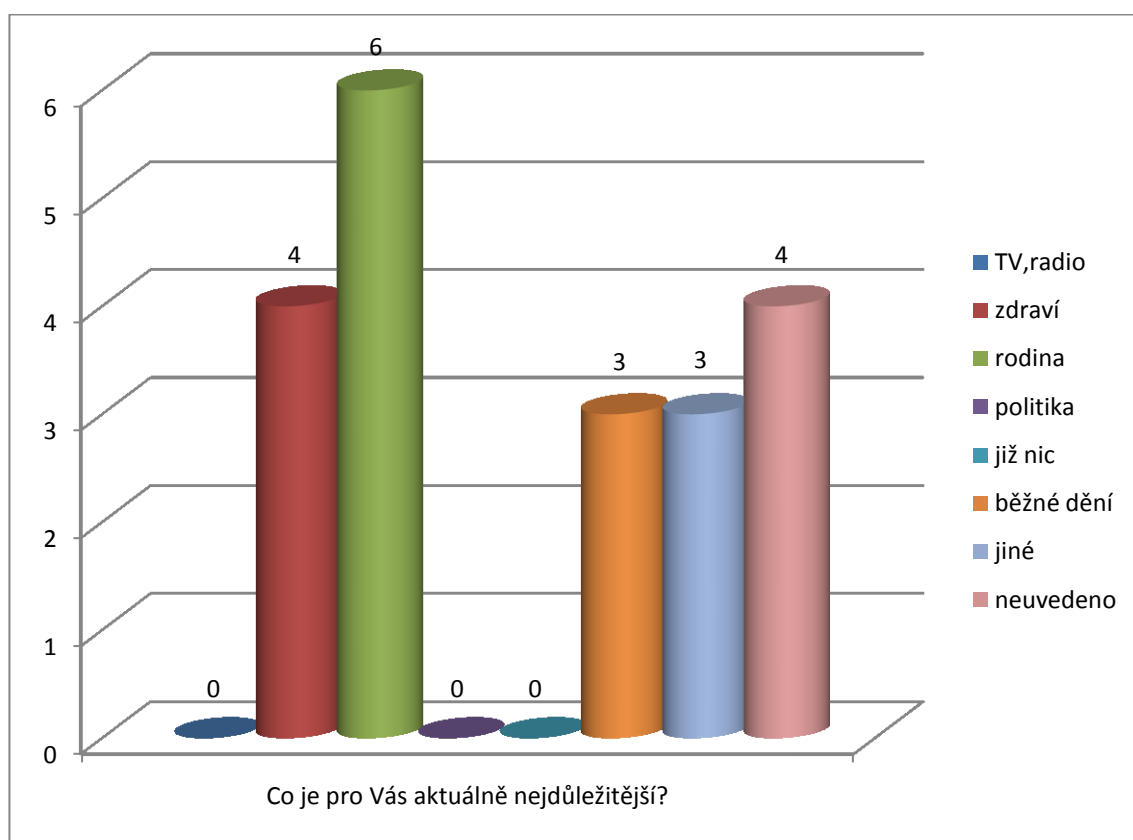
Graf č. 9

4.10 Otázka č. 10 : Co je pro Vás aktuálně nejdůležitější?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, co je pro pacienty v různých stádiích nemoci aktuálně nejdůležitější. Pacienti měli opět na výběr z několika možností. Pro čtyři pacienty je důležité zdraví, pro šest pacientů rodina, tři pacienti se zajímají o běžné dění. Jeden pacient uvedl, že je pro něho aktuálně nejdůležitější ekonomické zajištění rodiny, pro jednoho pacienta je aktuálně důležité čtení, pro jednoho zdraví rodiny. Čtyři pacienti otázku nevyplnili.

Tabulka 10

Otázka č. 10	TV, rádio	zdraví	rodina	politika	již nic	běžné dění	jiné	neuvedeno
	0	4	6	0	0	3	3	4



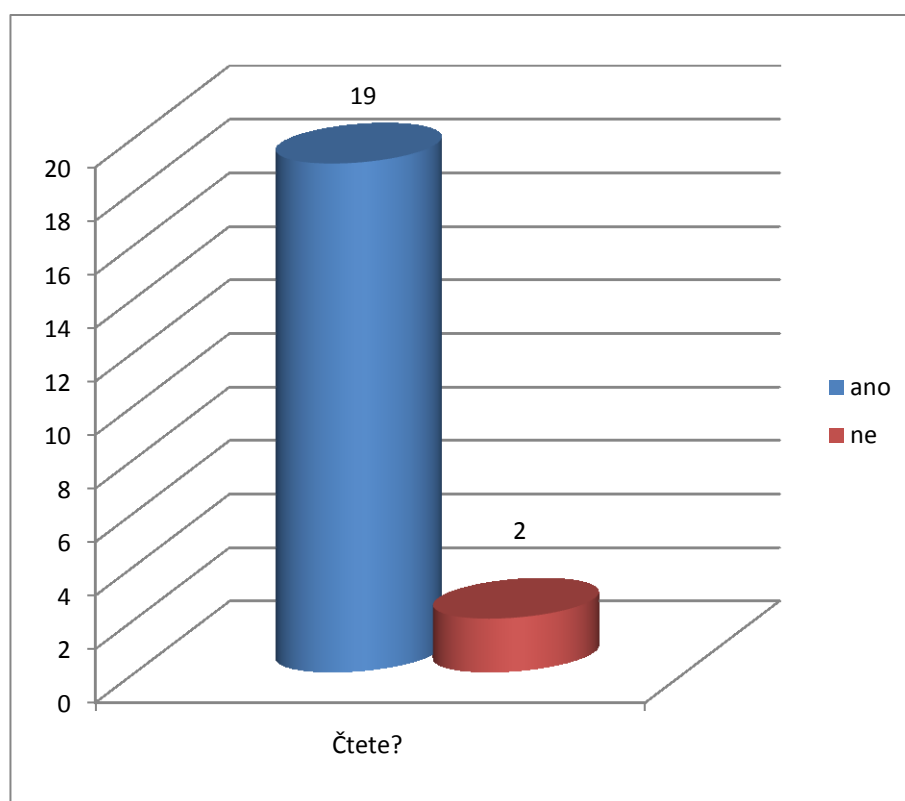
Graf č. 10

4.11 Otázka č. 11 : Čtete?

Otázky č. 11-13 byly zaměřeny na zjištění četby knih. Zda pacienti čtou, jaké žánry čtou a zda četli i v minulosti. Na tuto otázku odpovědělo celkem 21 pacientů. Dva z nich odpověděli, že nečtou, devatenáct pacientů čte.

Tabulka 11

Otázka č. 11	ano	ne
Čtete?	19	2



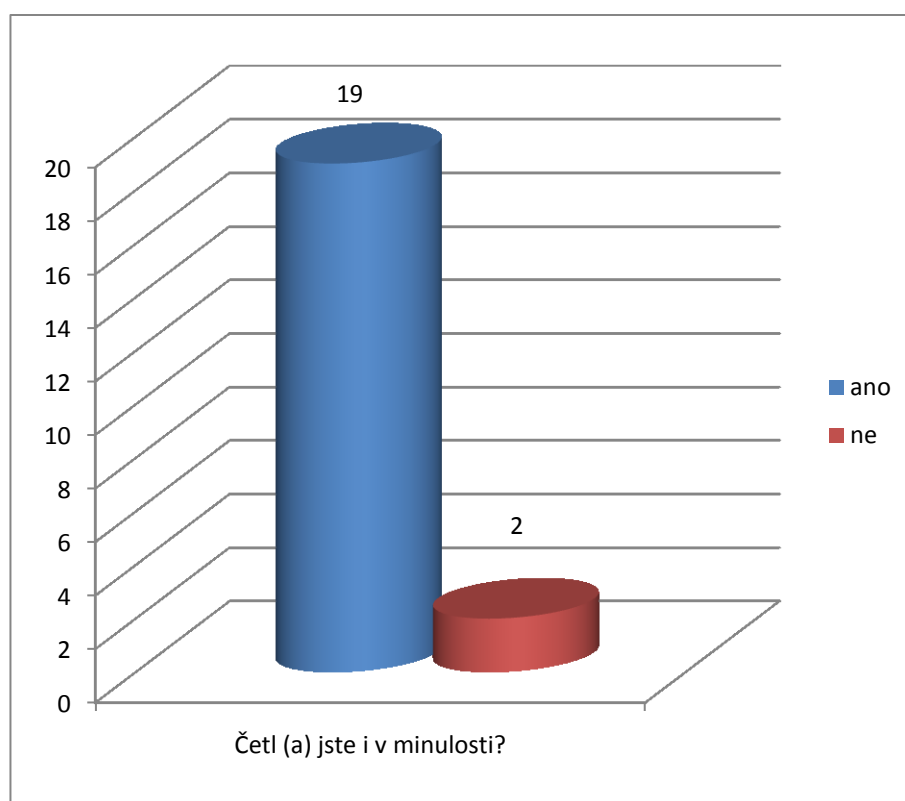
Graf č. 11

4.12 Otázka č. 12 : Četl (a) jste i v minulosti?

Tato otázka byla zaměřená na četbu knih v minulosti. Pacienti, kteří čtou nyní, četli i v minulosti. Dva respondenti odpověděli, že v minulosti nečetli. Devatenáct pacientů uvedlo, že četlo i v minulosti.

Tabulka 12

Otázka č. 12	ano	ne
Četl (a) jste i v minulosti?	19	2



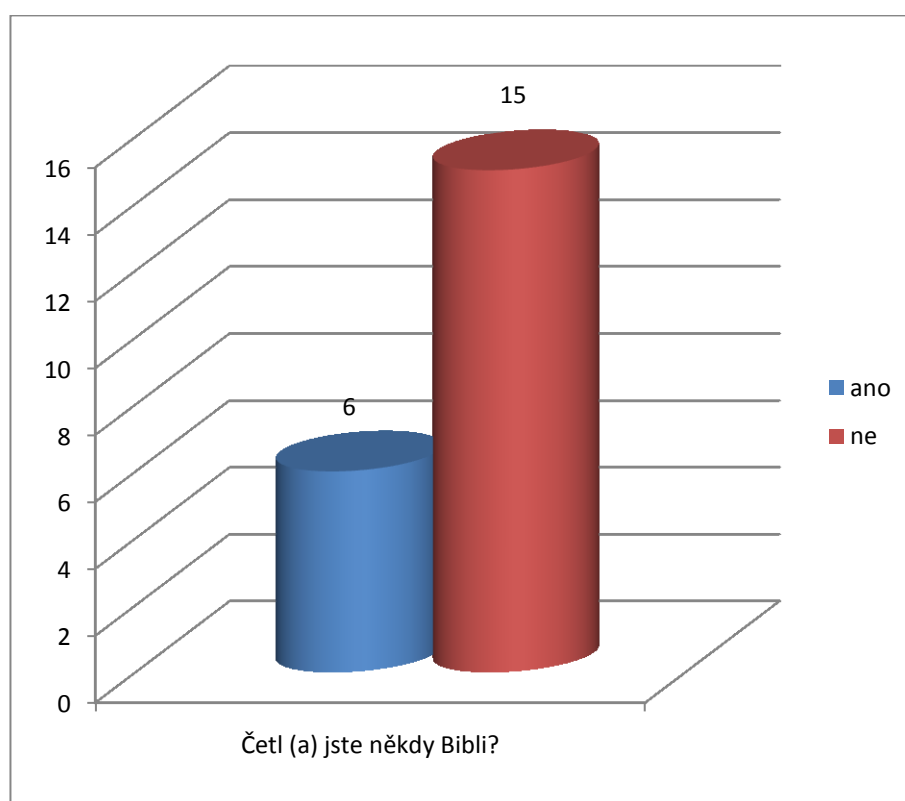
Graf č. 12

4.13 Otázka č. 13 : Četl (a) jste někdy Bibli?

Tato otázka byla zaměřená na čtení Bible. Zda pacienti někdy četli Bibli. Na tuto otázku odpovědělo celkem 21 respondentů. Šest z nich odpovědělo, že Bibli četli nebo čtou, patnáct z nich Bibli nikdy nečetlo.

Tabulka 13

Otázka č. 13	ano	ne
Četl (a) jste někdy Bibli?	6	15



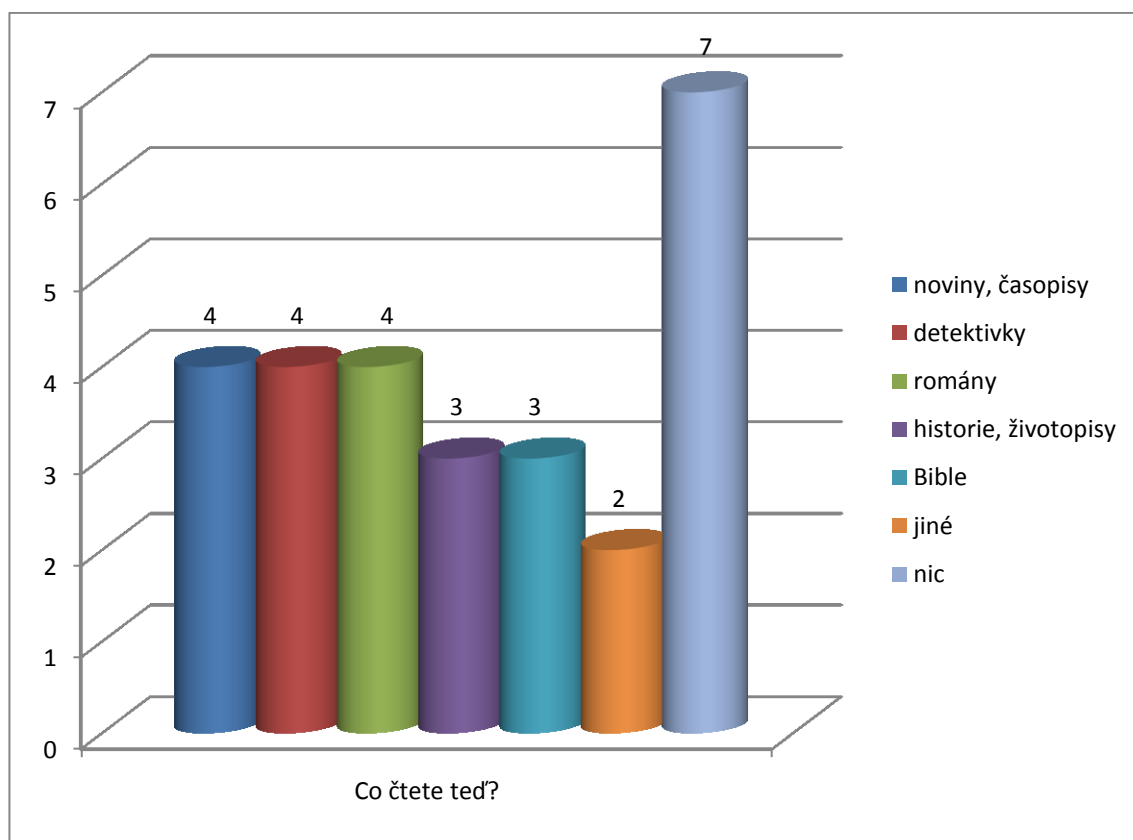
Graf č. 13

4.14 Otázka č. 14 : Co čtete teď?

Otázka číslo 14 byla zaměřena na zjištění žánru, jaký pacienti nejraději čtou. Pacienti měli na výběr z několika možností a mohli vybrat dvě a více možností. Čtyři pacienti uvedli, že čtou noviny nebo časopisy, čtyři pacienti uvedli jako žánr detektivky a stejný počet pacientů (čtyři) čte romány. Tři respondenti zaškrtnuli životopisy či historická díla, tři pacienti uvedli Bibli, dva pacienti vybrali jiné, sedm pacientů nečte nic. Jako „jiné“ uvedli pacienti dobrodružnou literaturu a knihy s dobrým koncem.

Tabulka 14

Otázka č. 14	noviny, časopisy	detektivky	romány	historie, životopisy	Bible	jiné	nic
Žánr četby	4	4	4	3	3	2	7



Graf č. 14

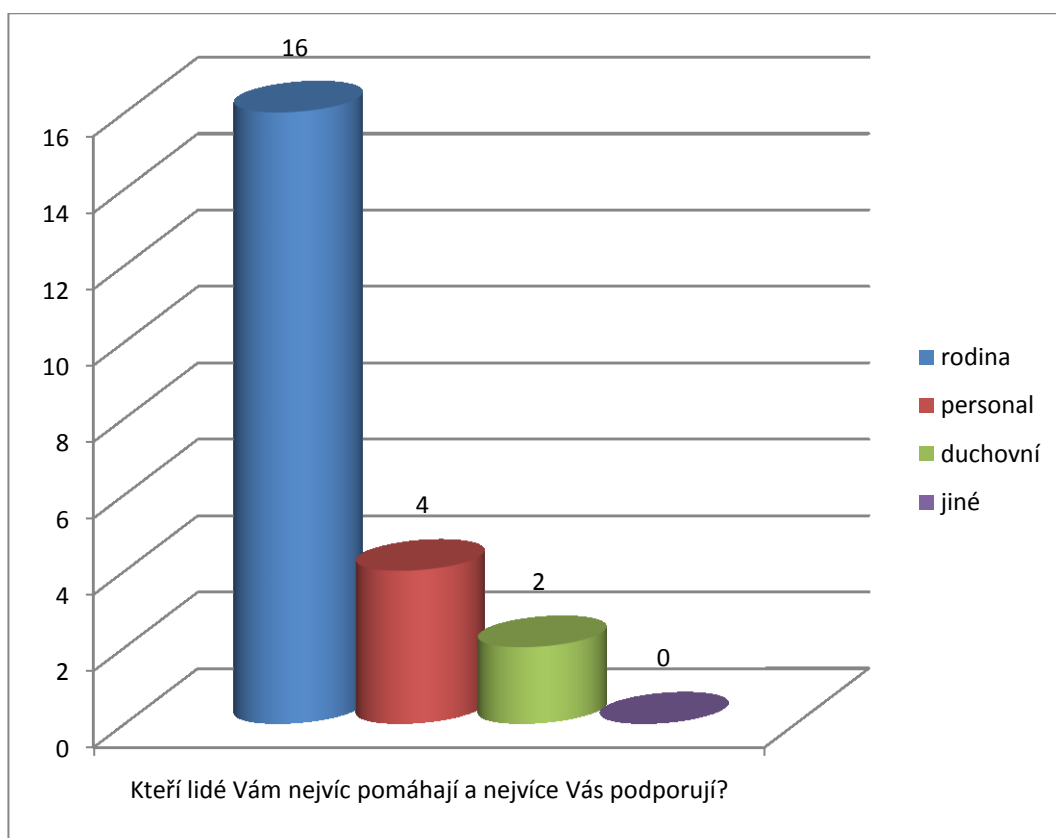
4.15 Otázka č. 15 : Kterí lidé Vám nejvíce pomáhají a nejvíce Vás podporují?

Tato otázka zjišťovala, kdo pacienty nejvíce podporuje. Pacienti mohli vybírat z několika možností a mohli vybrat i více možností najednou. Šestnáct pacientů uvedlo, že je nejvíce podporuje rodina. Někteří pacienti přímo konkretizovali členy rodiny. Tři pacienty nejvíce podporuje dcera, dva pacienty syn a jeden uvedl, že ho nejvíce podporuje neteř.

Čtyři pacienti uvedli, že je nejvíce podporuje personál, dva pacienty nejvíce podporuje duchovní a možnost „jiné“ si nevybral žádný z respondentů.

Tabulka 15

Otázka č. 15	rodina	personál	duchovní	jiné
Kdo Vás nejvíce podporuje?	16	4	2	0



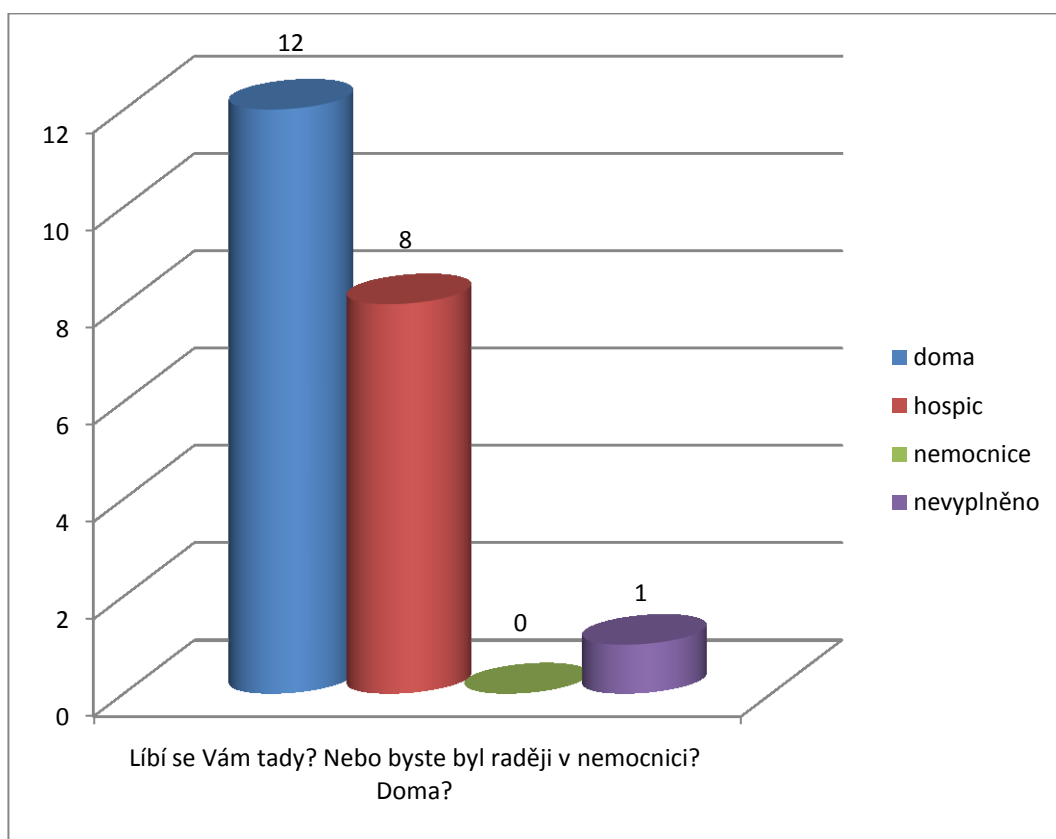
Graf č. 15

4.16 Otázka č. 16 : Líbí se Vám tady? Nebo byste byl raději v nemocnici? Doma?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s pobytem ve zdravotnickém zařízení, ve kterém se nacházejí. Většina pacientů (dvanáct) uvedla, že by nejraději byla doma. Osm pacientů je rádo, že jsou v hospici, žádný z pacientů nechtěl být v nemocnici a jeden respondent otázku nevyplnil. Všichni pacienti, kteří uvedli, že by byli nejraději doma, si ovšem uvědomují, že to jejich vážný zdravotní stav nedovoluje.

Tabulka 16

Otázka č. 16	doma	hospic	nemocnice	nevyplněno
	12	8	0	1



Graf č. 16

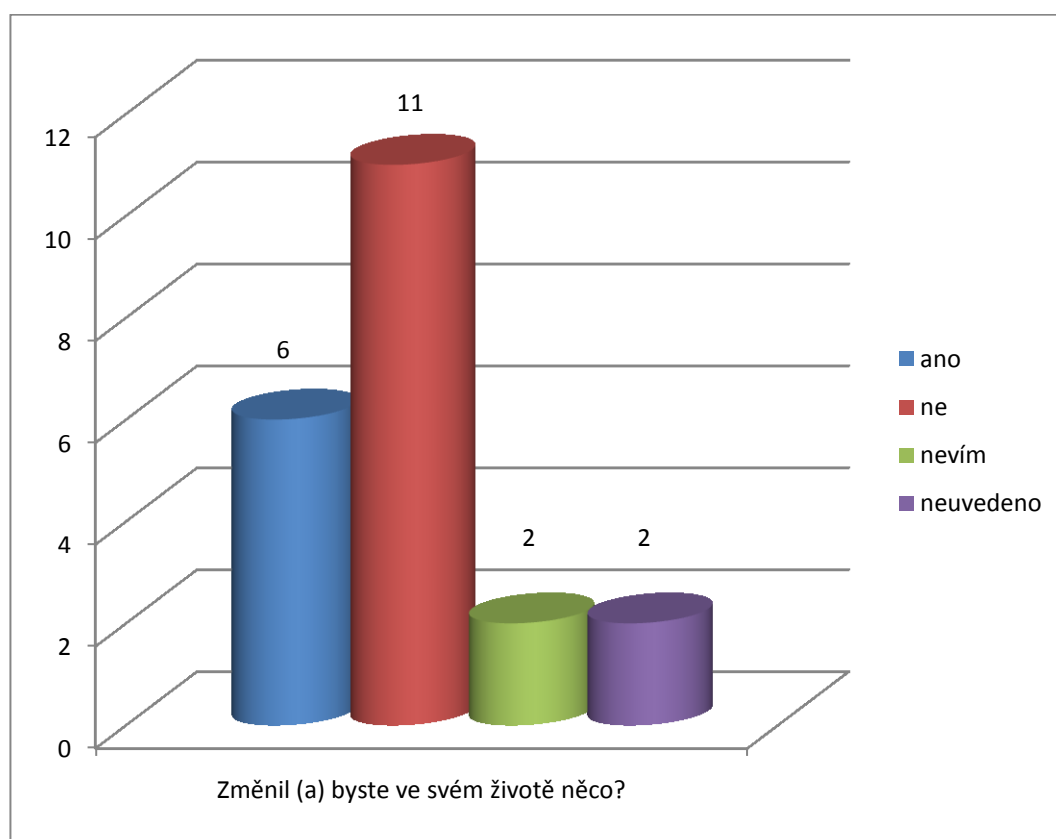
4.17 Otázka č. 17 : Změnil (a) byste ve svém životě něco?

Tato otázka se zabývala zjištěním, zda si těžce nemocní pacienti uvědomují, že je jejich stav vážný a zda reflektují svůj život. Chtěla jsem zjistit, zda pacienti přišli na to, že by udělali v životě něco jinak, či zda jsou spokojeni se svým životem takovým, jaký byl.

Šest pacientů uvedlo, že by udělali nějakou věc jinak (jeden pacient uvedl, že by nezačal kouřit, neboť kvůli tomu je v hospici). Jedenáct pacientů by nezměnilo nic, dva pacienti nevědí, zda by něco změnili a dva pacienti otázku nevyplnili.

Tabulka 17

Otázka č. 17	ano	ne	nevím	neuvedeno
	6	11	2	2



Graf č. 17

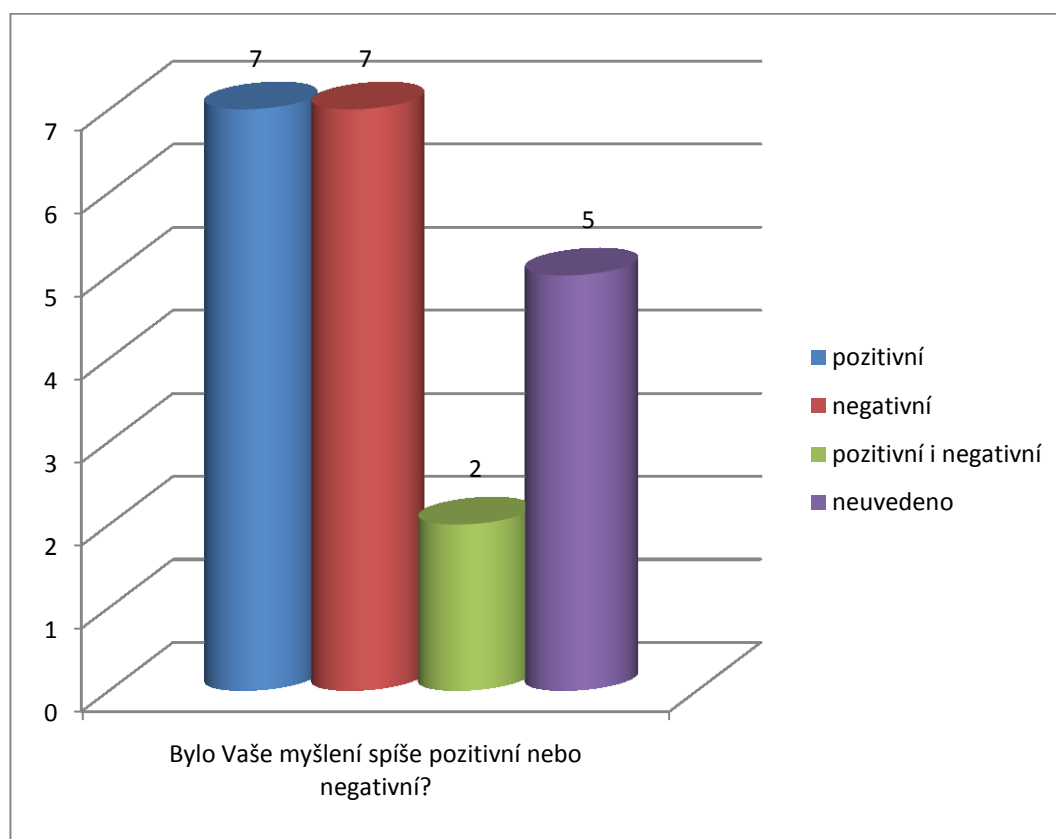
4.18 Otázka č. 18 : Bylo Vaše myšlení spíše pozitivní nebo negativní?

V otázce číslo 18. jsem se pacientů ptala, zda si myslí, že jejich myšlení bylo v životě spíše pozitivní nebo negativní. Chtěla jsem zjistit, zda si pacienti uvědomují svůj životní postoj a to, jak se chovali, mysleli, atd. Zda byli spíše pesimisté nebo optimisté. Dle mého názoru celoživotní optimismus a pesimismus velmi ovlivňují nynější smíření s nemocí a vyrovnání se změnami.

Sedm pacientů uvedlo, že jejich myšlení bylo pozitivní, nebo spíše pozitivní. Stejný počet pacientů (sedm) uvedl, že byli celý život spíše negativní. Dva pacienti uvedli, že byli v životě pozitivní i negativní a pět pacientů otázku nevyplnilo.

Tabulka 18

Otázka č. 18	pozitivní	negativní	pozitivní i negativní	neuveďeno
	7	7	2	5



Graf č. 18

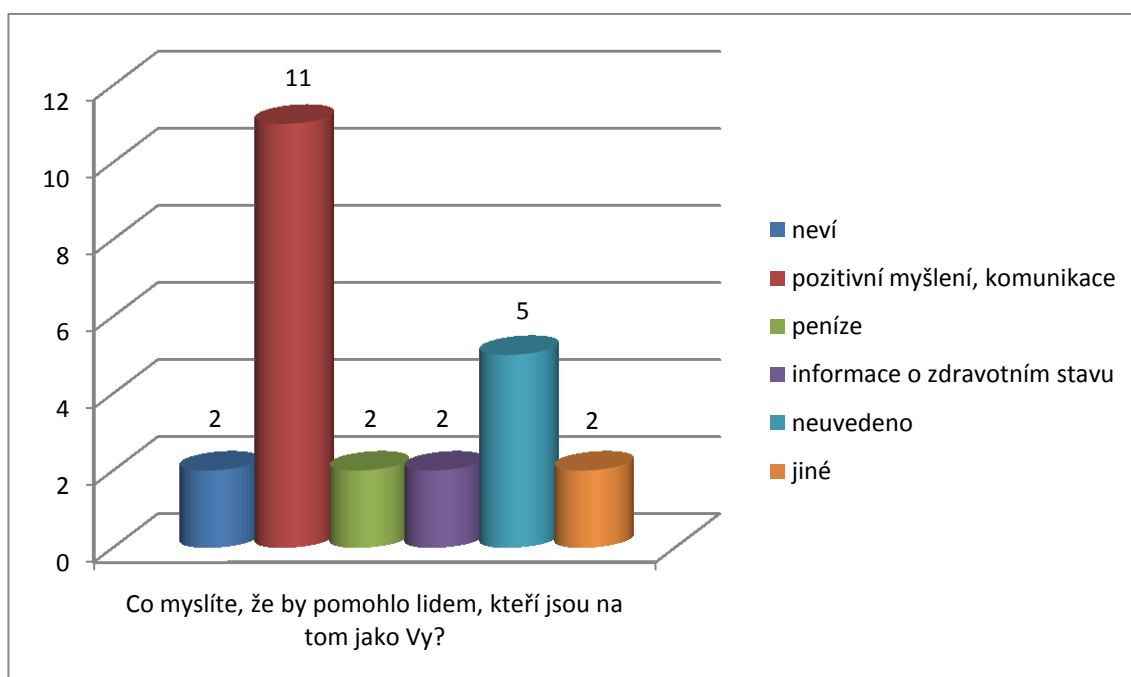
4.19 Otázka č. 19 : Co myslíte, že by pomohlo lidem, kteří jsou na tom jako Vy?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, co si nemocní lidé myslí, že by mohlo pomoci lidem, kteří jsou vážně nemocní jako oni. Díky odpovědím jsem především chtěla zjistit, zda něco chybí těmto pacientům, kteří dotazník vyplňovali, neboť pokud se jim něčeho nedostává, pravděpodobně se jim bude lépe odpovídat, vztáhneme-li otázku k jinému člověku. Pacienti zde odpovídali vlastními slovy.

Na tuto otázku dva pacienti uvedli, že neví. Jedenáct uvedlo, že by ostatním lidem mohlo pomoci pozitivní myšlení a komunikace s ostatními lidmi (ať už s personálem, členy rodiny, spolupacienty nebo s duchovním). Dva pacienti uvedli, že by jiným lidem mohli pomoci peníze, další dva by „doporučovali“ pravdivé a kompletní informace o zdravotním stavu člověka. Pět pacientů otázku nevyplnilo. Dva pacienti uvedli jinou odpověď – neztratit víru a silnou vůli.

Tabulka 19

Otázka č. 19	neví	pozitivní myšlení, komunikace	peníze	informace o zdravotním stavu	neuvedeno	jiné 2
	2	11	2	2	5	2



Graf č. 19

4.20 Otázka č. 20 : Co byste poradili ostatním lidem (zdravým), například mladým?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda je něco, co by těžce nemocní chtěli vzkázat zdravým lidem, kteří mají většinu života teprve před sebou. Zde mohli pacienti odpovídat vlastními slovy. Odpovědi se velmi různily, proto jsem je sjednotila do několika skupin (viz tabulka a graf) a odpovědi, které se mi nepodařilo zařadit, budou vypsány zvlášť. Dle mého názoru stojí za zamyšlení.

Jedenáct pacientů by zdravým lidem poradilo, aby mysleli pozitivně a komunikovali s druhými lidmi. Dva pacienti radí ohleduplnost a soucit. Dva pacienti by nám chtěli vzkázat, abychom nezapomínali na lásku a víru. Jeden pacient neví, co by radil a uvedl, že nerad radí.

Čtyři pacienti uvedli jinou odpověď.

„Bud'te si blízcí, mějte se rádi, nehádejte se, bud'te na sebe hodní, poslouchajte se.“

„Zapomeňte na skromnost, věřte v Boha, ve vlastní kroky a ve vlastní rozum.“

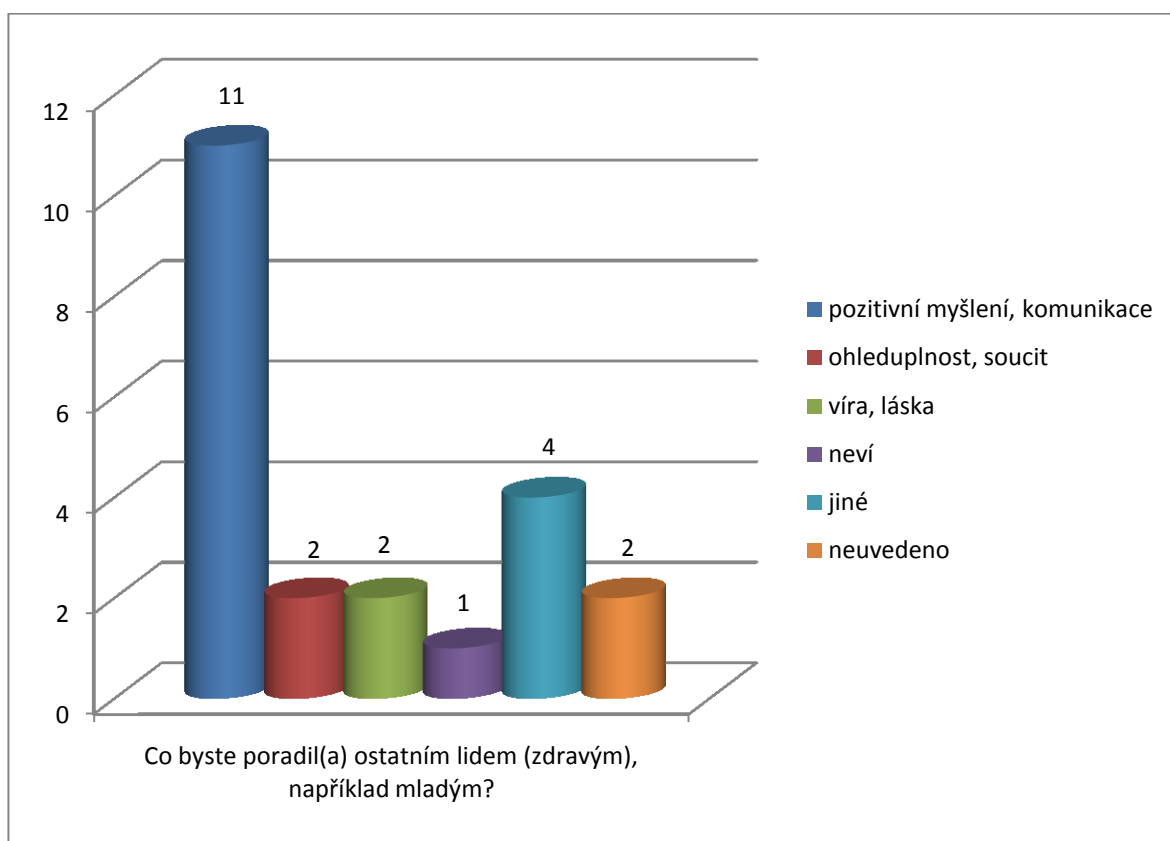
„Chraňte životní prostředí.“

„Užívejte života, každého dne, nikdy nevíte, kdy bude konec.“

Dva pacienti neuvedli žádnou odpověď.

Tabulka 20

Otázka č. 20	pozitivní myšlení, komunikace	ohleduplnost, soucit	víra, láska	neví	jiné	neuvedeno
	11	2	2	1	4	2



Graf č. 20

5 Diskuze

Pro celkové zhodnocení výzkumu jsem si stanovila výzkumné otázky, na které jsem poté odpověděla.

1. Výzkumná otázka: Obrací se lidé v těžké životní situaci k Bohu? (není důležitá předchozí víra)

Z výsledků výzkumu jsem zjistila, že lidé, kteří nebyli věřící před začátkem nemoci, se v těžké životní situaci k víře v Boha neuchylují. Nemá na jejich víru v Boha vliv těžká nemoc ani život ohrožující nemoc. V tomto se má hypotéza nepotvrdila. Domnívala jsem se, že si lidé najdou v těžké životní situaci cestu k víře.

Je však potěšující, že lidé, kteří byli věřící, již před začátkem nemoci, se od víry neodvrátí v případě těžké životní situace, jakou je v mé práci vážná, nebo přímo život ohrožující nemoc. Ani zde se má hypotéza nepotvrdila. Domnívala jsem se, že je možné, že lidé kvůli těžké nemoci na Boha zanevrou.

2. Výzkumná otázka: Využívají pacienti služeb duchovního?

Převážná většina pacientů v hospici a v druhém nejmenovaném zdravotnickém zařízení péči duchovního nevyužívá, i přes to, že je duchovní k dispozici a nabízí pacientům své služby. Bohužel z výsledků vyplynulo, že ani někteří věřící pacienti služeb duchovního nevyužívají. Ani zde se má hypotéza nepotvrdila, domnívala jsem se, že služeb duchovního budou věřící pacienti využívat stejně tak jako lidé bez náboženského vyznání.

3. Výzkumná otázka: O čem mohou pacienti s duchovním hovořit? O čem s ním nemohou hovořit?

Výzkumná otázka číslo 3 se dá obtížněji hodnotit, vzhledem k nízkému počtu vyplněných dotazníků. Na tuto otázku odpovědělo pouze šest respondentů. Z odpovědí však i přes nízký počet odpovědí vyplynulo, že pacienti mohou s duchovním hovořit téměř o všem. Pouze jeden pacient uvedl, že s ním nemůže hovořit o osobních věcech. Zde se však nabízí otázka proč. Dle mého názoru by právě osobní věci měly být předmětem hovorů s duchovním.

Někteří pacienti na to však mohou mít odlišný názor. Zde se má hypotéza potvrdila, pacienti mohou s duchovním hovořit téměř o všem.

Z poměrně velkého množství nevyplněných dotazníků vyvozují několik závěrů:

- a) Pacienti s duchovním mohou hovořit o všem, proto otázku „O čem s ním nemůžete hovořit?“ nevyplnili vůbec.
- b) Pacienti nenašli žádné téma, o kterém s duchovním nemohou hovořit, proto otázku nevyplnili.
- c) Pacienti služeb duchovního nevyužívají, proto nemohli na otázku odpovědět.
- d) Pacienti nevěří v Boha, proto nevyužívají služeb duchovního.
- e) Chybně položená otázka

4. Výzkumná otázka: Uvědomují si lidé v těžké životní situaci (nevyléčitelná nebo vážná nemoc), že by ve svém životě vykonali něco jinak?

Většina pacientů by ve svém životě nic neměnila. Pouze jeden pacient konkrétně uvedl, že by nezačal kouřit, neboť kvůli tomu je ve zdravotnickém zařízení. Dalších pět pacientů uvedlo, že by něco změnili, ale více se k otázce nevyjádřili.

Zjistila jsem, a tím i potvrdila svoji hypotézu, že těžce nemocní pacienti si uvědomují závažnost svého onemocnění, reflektují svůj dosavadní život a většina z nich je s ním spokojena.

5. Výzkumná otázka: Co je pro těžce nemocné pacienty aktuálně důležité?

Z výzkumu vyplynulo, že pro většinu těžce nemocných lidí je nejdůležitější rodina a podpora ze strany rodiny. Pro pacienty s vážnou, život ohrožující nemocí je také důležité zdraví jejich rodiny, dále pak pro někoho i aktuální dění. Dále si také pacienti uvědomují důležitost komunikace a mezilidských vztahů a téměř nutnost pozitivního myšlení. I zde se má hypotéza potvrdila.

6 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na význam duchovní péče ve zdravotnickém zařízení. V rovině teoretické jsem si stanovila tyto cíle: Zdůraznit význam duchovní péče a její důležitost pro pacienty v těžké životní situaci. Charakterizovat zdravotnické zařízení (hospic). Potřeby pacientů. V rovině empirické jsem si stanovila tyto cíle: Analyzovat, zda se lidé v těžké životní situaci obrací k Bohu. Analyzovat, zda pacienti využívají služeb duchovního (je-li k dispozici), o čem s ním mohou hovořit a o čem ne. Vyhodnotit, zda se lidé v těžké životní situaci obrací k víře v Boha. Vyhodnotit, zda pacienti využívají služeb duchovního. Vyhodnotit, zda by těžce nemocní pacienti udělali ve svém životě něco jinak. Vyhodnotit, co je pro těžce nemocné pacienty aktuálně důležité.

Po vyhodnocení dotazníkového šetření jsem došla k závěru, že většina pacientů, kteří nevěřili v Boha před začátkem nemoci, věřit v Boha nezačnou ani při zjištění těžké nebo život ohrožující nemoci. Naopak lidé, kteří v Boha věřili již před začátkem nemoci, mu jsou oddaní i během nemoci a jejich víra jim pomáhá zvládat těžké chvíle. Z výzkumu také vyplynulo, že jen málo pacientů využívá služeb duchovního. V dotazníku uvedlo osm pacientů, že věří v Boha. Pouze pět z těchto pacientů však využívá služeb duchovního. To může být způsobeno například nerozšířeností duchovní péče v České republice. Duchovní péče je u nás stále v počátcích a proto většina pacientů není zvyklá využívat služeb duchovního v nemocničním prostředí či v jiném zdravotnickém zařízení.

Dále to může být způsobeno nedostatečnou informovaností pacientů o možnosti návštěvy duchovního, konání bohoslužeb, kázání a podobně. Rovněž může být tato skutečnost způsobena vysokou mírou ateistů v České republice. Jako další důvod, proč pacienti nevyužívají služeb duchovního, mohu citovat jednoho pacienta: „*Co jsem si nadrobil, to si vypiju.*“ Z tohoto výroku je patrné, že se někteří pacienti chtějí se svým stavem vypořádat sami a nepotřebují pomoc ostatních. A ti, kteří se chtějí o svou bolest či strach podělit, mohou duchovního vždy vyhledat.

Z výsledků také vyplynulo, že nevléčitelně nemocní pacienti nevyhledávají hospice kvůli poskytování duchovní péče, ale kvůli profesionální péči o jejich fyzické a psychické potřeby.

Dále jsem chtěla zjistit, zda by pacienti udělali ve svém životě něco jinak. Z průzkumu vyplynulo pozitivní zjištění, že většina pacientů je spokojená se svým životem takovým, jaký byl. Pouze šest pacientů by udělalo nějakou věc jinak.

Jako poslední výzkumnou otázku jsem si stanovila zjistit, co je pro těžce nemocné pacienty aktuálně nejdůležitější. Z výzkumu vyplynulo to, co jsem očekávala, že pro většinu pacientů je nejdůležitější jejich rodina. Zajímají se o zdravotní stav členů rodiny a radují se z jejich podpory, která jim dodává sílu do dalších dní. Jako další důležité věci uváděli pacienti svůj zdravotní stav a aktuální dění.

V závěru své práce bych chtěla zdůraznit, že i přes zatím ne příliš rozšířenou duchovní péči je již duchovní péče v malém množství využívána a proto by kněží, dobrovolníci a všichni ostatní, kteří se věnují nebo chtějí věnovat duchovní péči ve zdravotnických zařízeních, neměli tzv. „házet flintu do žita“. Pokud vytrváme a zasloužíme se o informovanost nejen pacientů, ale i zdravé veřejnosti, jistě budeme dříve či později pozorovat nárůst zájemců o využívání duchovní péče. Duchovní péče je dle mého názoru stále laickou veřejností považována za výsadu „věřících“ lidí, kteří nevědí, že duchovní je tu pro všechny bez ohledu na náboženské vyznání a je ochoten pomoci každému, kdo jeho pomoc potřebuje.

Věřím, že výsledky zjištěné tímto výzkumem pomohou jak odborné, tak i laické veřejnosti proniknout o něco hlouběji do problematiky spirituální péče a ještě tak zlepšit již teď kvalitní péči o těžce nemocné pacienty.

7 Soupis bibliografických citací

1. KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: H&H Jinočany, 1995. ISBN
2. KÜBLER-ROSS, E. *On death and dying*. New York: Scribner, 2003. ISBN 0-684-83938-5
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén. 2007. ISBN 978-80-7262-471
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Krásná smrt?* Sborník ze semináře konaného 7. a 8. listopadu 1997 v Praze. Praha: Job Publishing, 1999.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, 1.vyd. Praha: Galén, 1994.
6. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-213-3
7. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. Doplněné vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4
8. DOBRÍKOVÁ, PORIBČANOVÁ A KOL., *Význam paliativnej starostlivosti*. 1. vyd. Trnava: Spolok svätého Vojtecha, 2005. ISBN 80-7162-581-7
9. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres, příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie vděčnosti a nevďěčnosti, kudy vede cesta k přátelství?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1838-5
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent-Orion, 1991.
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1989
14. FRANKL, V.E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1995. ISBN 80-85319-39-X
15. PARKES MURRAY, C., RELFOVA, M., COULDRICKOVA, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7
16. GRUMANOVA, J. *První dny s vážnou diagnózou*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2008. ISBN 978-80-249-1164-9
17. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3

18. SIMAJCHL, L. *Stáří*. 2.vyd. Vranov nad Dyjí: A.M.I.M.S, 2004.
19. ŠIPR, K. *Jak zdravě stárnout*. Rosice u Brna: Gloria, 1997
20. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. A kol. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 80-8063-270-7
21. ČERMÁKOVÁ, M, *Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí*)

Internetové odkazy

- <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/illness>
- <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/klinicka-pastoracni-pece-v-ceske-republice-430932> , 13.3.2011
- <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/klinicka-pastoracni-pece-v-ceske-republice-430932> , 13.3.2011
- <http://www.hospiclitomerice.cz>
- <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/> - 16.3.11
- Otawská charta podpory zdraví 1986 – http://www.sos-ub.cz/proj_06/lekce4/hyp11.htm 5.4.2011
- www.medic.cz/nemoc
- (<http://www.google.cz/images?hl=cs&q=maslowova+pyramida+pot%C5%99eb&pdl=300&um=1&ie=UTF-8&source=og&sa=N&tab=wi&biw=1366&bih=638>)
- <http://wapedia.mobi/cs/Onemocn%C4%9Bn%C3%AD>

8 Seznam příloh

Příloha A

Jmenuji se Barbora Pekárková, jsem studentkou 3. ročníku oboru Náboženství, etika a filozofie se zaměřením na vzdělávání, Univerzity Karlovy v Praze. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní. Pokud není uvedeno jinak, správnou odpověď prosím zakroužkujte nebo podtrhněte, kde jsou tečky, odpovězte slovy.

Děkuji za pravdivé vyplnění.

1. Byl(a) jste věřící již před začátkem nemoci? ANO – NE
2. Využíváte služeb duchovního? ANO – NE
3. Pokud ano a nejste věřící, jaký to má pro vás smysl?
4. Můžete porovnat rozdíly v péči, kdy se o vás nestaral duchovní a kdy se o vás staral?
 - a) ANO (pokud ano, uveďte prosím jaké)
 - b) NE
5. V čem vám hovory s duchovním pomáhají?
6. O čem s ním můžete hovořit?
7. O čem s ním nemůžete hovořit?
8. Je něco, co vám na péči duchovního vadí?

9. Co vás nyní zajímá?

- | | |
|--------------|-------------|
| a) TV, rádio | d) politika |
| b) Zdraví | e) nic |
| c) Rodina | f) jiné |

10. Co je pro Vás aktuálně nejdůležitější?

- | | |
|--------------|---------------|
| a) TV, rádio | e) nic |
| b) Zdraví | f) jiné |
| c) Rodina | g) běžné dění |
| d) politika | |

11. Čtete? ANO – NE

12. Četl (a) jste i v minulosti? ANO – NE

13. Četl (a) jste někdy Bibli? ANO – NE

14. Co čtete teď?

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| a) Noviny, časopisy | d) historie, životopisy |
| b) Detektivky | e) Bible |
| c) Romány | f) jiné |

15. Kteří lidé Vám nejvíc pomáhají a nejvíce Vás podporují?

- a) Rodina
- b) Duchovní
- c) Personál
- d) Jiné

16. Líbí se Vám tady? Nebo byste byl raději v nemocnici? Doma?

- a) Doma
- b) Hospic
- c) Nemocnice

17. Změnil (a) byste ve svém životě něco?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18. Bylo Vaše myšlení spíše pozitivní nebo negativní?

- a) Pozitivní
- b) Negativní
- c) Pozitivní i negativní

19. Co myslíte, že by pomohlo lidem, kteří jsou na tom jako vy?

.....

.....

.....

.....

20. Co byste poradil(a) ostatním lidem? (zdravým) Např. mladým.

.....

.....

.....

.....

Příloha B

Maslowova pyramida potřeb



(<http://www.google.cz/images?hl=cs&q=maslowova+pyramida+pot%C5%99eb&pdl=300&um=1&ie=UTF-8&source=og&sa=N&tab=wi&biw=1366&bih=638>)

Summary

Význam duchovní péče se zaměřením na zdravotnická zařízení

The importance of spiritual care in a hospital environment

Barbora Pekárková

This work is focused on spiritual care in health facilities. The theoretical part focuses on the definition of health and illness, and also describes the five stages of coping with illness and death. Furthermore it deals with the characteristics of spiritual care at home and abroad, and the characteristics of the hospital environment. In the theoretical part are also described patients' needs.

The research examines the relationship that severely ill patients have with God, along with spiritual peace and the current interests of seriously ill people. Furthermore, the research addresses the question of whether the seriously ill live their lives differently.